RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC

Rapport annuel de gestion

2010 • 2011

Québec

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC

Rapport annuel de gestion

2010 • 2011

DOCUMENT PRODUIT PAR
LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Impression
Impart Litho

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
ISBN 978-2-550-61287-2 (version papier)
ISBN 978-2-550-61288-9 (version PDF)
ISSN 1703-3780

Dans le présent rapport, le masculin désigne aussi bien les hommes que les femmes lorsque le contexte s'y prête.

Ce document est imprimé sur du papier contenant 100 % de fibres postconsommation.

100 %

BIOGAZ ÉNERGIE

EcoLogo

Créé spécialement pour la Régie, ce symbole représente l'évolution et l'avancement que permettront les orientations du Plan stratégique 2009-2013.

L'année 2010-2011

NOS PRINCIPAUX CLIENTS

Personnes couvertes par le régime d'assurance maladie	7,6 millions
Personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments	3,3 millions
Professionnels de la santé, dispensateurs de services et prescripteurs	36 203
Médecins spécialistes	9 539
Médecins omnipraticiens	8 653
Pharmaciens	7 814
Dentistes et chirurgiens buccaux	4 035
Résidents	2 798
Optométristes	1 298
Dispensateurs de services et prescripteurs	2 066

LA GESTION DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS

NOS PROGRAMMES REPRÉSENTENT 32 % DU BUDGET DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Nos sources de financement

Fonds des services de santé	5 247 M$	58 %
Fonds de l'assurance médicaments	3 249 M$	36 %
Autres	563 M$	6 %
Total	9 059 M$	

Les coûts de nos programmes

Rémunération des médecins (services médicaux)	5 065 M$	57 %
Médicaments et services pharmaceutiques	3 213 M$	36 %
Autres	622 M$	7 %
Total	8 900 M$	

Nos ressources

1 517 employés

178,6 millions de dollars de frais d'administration

Représentent 2 % du coût des programmes

en quelques chiffres...

LES PRINCIPAUX SERVICES RENDUS EN 2010-2011

Aux personnes couvertes par le régime d'assurance maladie

Cartes d'assurance maladie délivrées		2,2 millions
Premières inscriptions	157 568	
Appels téléphoniques traités		1,5 million
Personnes accueillies aux bureaux de la Régie		169 881
Demandes de service traitées		1 142 920
Services professionnels et hospitaliers reçus hors du Québec	661 460	
Programmes d'aides techniques	363 489	
Programmes d'aide financière	117 971	

Aux personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments

Nouvelles inscriptions	410 575

Aux professionnels de la santé et aux dispensateurs de services

Demandes de paiement traitées		229,9 millions
Pharmaciens	178,7 millions	
Médecins omnipraticiens et spécialistes, dentistes, chirurgiens buccaux et optométristes	50,9 millions	
Dispensateurs de services	328 102	
Appels téléphoniques traités		217 574

Aux chercheurs et aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux

Demandes d'information statistique	1 402

Les lettres de transmission du rapport annuel de gestion de la Régie

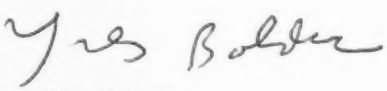
Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous transmettre le rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que le rapport d'activité du régime général d'assurance médicaments pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2011, conformément à la Loi sur l'administration publique et à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,



Yves Bolduc

Québec, juillet 2011

Monsieur Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)

Monsieur le Ministre,

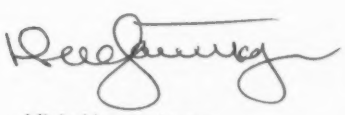
J'ai le plaisir de vous soumettre le rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que le rapport d'activité du régime général d'assurance médicaments pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2011.

Ce rapport fait état des résultats obtenus à l'égard des engagements pris par la Régie dans sa Déclaration de services aux citoyens et rend compte des objectifs de son plan stratégique pour l'exercice financier 2010-2011. Il fait également ressortir les défis que doit relever la Régie et présente les faits saillants de l'année.

De plus, ce document fait le point sur les ressources humaines, informationnelles et financières de la Régie et répond aux différentes exigences législatives et gouvernementales en vigueur. Enfin, il présente des états financiers vérifiés, dont ceux du Fonds de l'assurance médicaments.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération.

Le président du conseil d'administration,



Michel Lamontagne

Québec, juillet 2011

La table des matières

Message du président du conseil d'administration 1

Message du président-directeur général 3

Déclaration attestant la fiabilité des données et des contrôles afférents 4

Rapport de validation de la vérification interne 5

Faits saillants 7

SECTION 1

La Régie 11

Mission 13

Valeurs organisationnelles 14

Conseil d'administration 15

Direction 27

Organigramme 30

SECTION 2

Les résultats 2010-2011 33

Déclaration de services aux citoyens 35

Plan stratégique 40

Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance, incluant l'étalonnage 50

SECTION 3

L'application de certaines politiques gouvernementales 55

Accès à l'égalité en emploi 57

Développement durable 61

Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration 66

Financement des services publics 67

Protection des renseignements personnels et sécurité de l'information 69

Suites données aux recommandations du Vérificateur général du Québec 71

SECTION 4

Les ressources de la Régie 73

Ressources humaines 75

Ressources informationnelles 77

Ressources financières 79

États financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2011 85

Rapport d'activité 2010-2011 sur le régime général d'assurance médicaments 97

États financiers du Fonds de l'assurance médicaments de l'exercice terminé le 31 mars 2011 103

SECTION 5

Les annexes 111

1- Lois et règlements principaux qu'applique par la Régie 113

2- Programmes administrés par la Régie 115

3- Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 123

4- Complément d'informations financières relatives aux programmes administrés par la Régie 129

Coordonnées de la Régie 137

Message du président du conseil d'administration

L'année 2010-2011 s'est avérée pour le conseil d'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec une année de consolidation des mécanismes de gouvernance mis en place au cours des exercices précédents. À ce sujet, je vous invite à consulter le sommaire des réalisations tant des comités que du conseil, qui traduit l'engagement des membres à exercer leur rôle de gouvernance tout au long de l'année.

L'événement marquant de l'année a certainement été la conclusion de l'entente-cadre avec le ministère de la Santé et des Services sociaux concernant la prise en charge de nouvelles responsabilités par la Régie à l'égard du Dossier de santé du Québec. Considérant l'ampleur de la tâche que représente l'informatisation du réseau de santé, nul doute que cette contribution accrue confère une reconnaissance à la Régie en tant que partenaire dynamique dans la gestion et l'évolution du système de santé.

L'année 2010-2011 fut aussi l'occasion de célébrer les quarante ans d'existence de la Régie, pour laquelle deux de ses « fondateurs », MM. Claude Castonguay et Robert Després, ont été conviés à rencontrer les membres du conseil. Les échanges ont permis non seulement de se remémorer ce qui témoigne de l'excellence de la Régie, mais aussi de se rappeler que les succès d'aujourd'hui sont tributaires de la contribution des administrateurs qui ont jalonné son parcours depuis sa création.

Le conseil d'administration, c'est avant tout une instance de décision constituée de femmes et d'hommes qui, par leur action bénévole, contribuent collectivement à l'accomplissement de la mission et à l'atteinte des objectifs de la Régie. Je profite de l'occasion pour adresser mes remerciements sincères aux trois membres qui nous ont quittés au cours de l'exercice, de même qu'à ceux qui ont pris la relève et à ceux qui s'acquittent de leur mandat depuis déjà quelques années.

Je tiens également à souligner la contribution des employés de la Régie et de leurs collaborateurs, puisque ce sont eux qui, chaque jour, bâtissent le succès de l'organisation par leur compétence et leur engagement. Sachez que, bien que nous, membres du conseil, vous côtoyions moins souvent, nous suivons vos activités avec un vif intérêt.

Enfin, à tous ceux avec qui nous avons le privilège d'être associés plus régulièrement en les personnes du président-directeur général et de son équipe de direction, je les remercie au nom de tous les membres. Vous pouvez compter sur l'appui indéfectible du conseil dans la poursuite d'objectifs découlant des grands enjeux en matière de santé, permettant ainsi à la Régie d'assumer pleinement son rôle auprès de la population.

Le président du conseil d'administration,

Michel Lamontagne

Message du président-directeur général

C'est avec plaisir que je soumets le rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour l'exercice financier 2010-2011. Ce rapport présente ses principales réalisations, notamment les résultats obtenus au regard des engagements du Plan stratégique 2009-2013 et de la Déclaration de services aux citoyens ainsi qu'à l'égard de l'application de plusieurs politiques gouvernementales, dont celle sur le développement durable.

L'année 2010-2011 représente la seconde année de mise en œuvre du plan stratégique et s'est déroulée sous le signe à la fois de la continuité et de la nouveauté. D'une part, les chantiers amorcés l'an dernier se sont poursuivis au rythme prévu et, d'autre part, de nouvelles responsabilités ont été confiées à la Régie.

Pendant que la délivrance de la nouvelle carte d'assurance maladie suit son cours avec succès, la Régie a resserré les contrôles relatifs à l'admissibilité des personnes, à la délivrance de documents officiels et à la validation de la présence des personnes au Québec. À cet égard, elle a pu compter sur la collaboration étroite de plusieurs ministères et organismes publics. En matière d'assurance médicaments, les citoyens bénéficient dorénavant d'un service en ligne pour l'inscription et la désinscription au régime public.

Le Dossier de santé du Québec demeure un des chantiers importants de la Régie et son expertise lui a valu, cette année, de se voir confier de nouvelles responsabilités. Ainsi, son implication dans la gouvernance de ce grand projet d'informatisation s'est accrue. Depuis de nombreuses années, la Régie assure également la gestion et l'exploitation de plusieurs banques de données essentielles pour le système de santé. Cette responsabilité a pris une nouvelle envergure par l'inclusion dans ses actifs informationnels de deux importants registres québécois, soit celui relatif au don d'organes et de tissus et celui sur le cancer.

La Régie a aussi effectué une optimisation de ses processus qui permet d'accélérer l'application des ententes de rémunération des professionnels de la santé. Ce projet novateur et ambitieux a suscité beaucoup d'intérêt au sein de l'administration publique québécoise et s'est particulièrement distingué sur la scène canadienne pour l'innovation et l'excellence de ses réalisations.

Sur le plan de la performance et de la rigueur administrative, la Régie s'est dotée d'outils de gouvernance qui lui assurent une gestion équilibrée des risques ainsi qu'une gestion plus proactive et transparente de ses investissements. Ces outils contribuent à l'amélioration de la qualité de la reddition de comptes de la Régie auprès du gouvernement et des citoyens.

Les réalisations présentées dans ce rapport ont été le fruit du dévouement et de la compétence des personnes qui travaillent à la Régie et qui ont le souci constant d'offrir des services de qualité. Je remercie également les membres du conseil d'administration pour leur engagement soutenu qui nous a été précieux dans l'atteinte de nos objectifs.

Le président-directeur général,

Marc Giroux

Déclaration attestant la fiabilité des données et des contrôles afférents

La déclaration qui suit porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité de l'information et des résultats contenus dans ce rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

À notre connaissance, les renseignements figurant dans ce rapport :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats et les orientations stratégiques de l'organisme;
- présentent les cibles et les objectifs visés ainsi que les résultats atteints;
- constituent des données exactes et fiables;
- s'appuient sur des systèmes d'information et des mesures de contrôle reconnus.

En conséquence, nous déclarons que les données contenues dans ce rapport ainsi que les contrôles afférents sont fiables et correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011. De plus, les résultats présentés ont été évalués quant à leur plausibilité et ont fait l'objet d'une mission d'examen de la Direction de la vérification interne.

Le rapport a été approuvé par le conseil d'administration de la Régie.

Les membres du comité de régie interne,

Marc Giroux
Président-directeur général

Gaétan Thériault
Vice-président aux services
aux personnes assurées

Richard Audet
Vice-président aux technologies
de l'information

Christiane Beauchemin
Vice-présidente à la rémunération
des professionnels

Jean-Guy Lemieux
Vice-président à l'administration
et à la gestion de l'information

Chantal Garcia
Secrétaire générale

André Rochon
Directeur des services juridiques

Guy Simard
Directeur de l'actuariat
et de l'analyse des programmes

Régie de l'assurance maladie du Québec
Québec, juillet 2011

Rapport de validation de la vérification interne

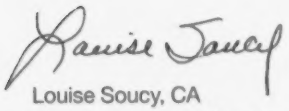
Monsieur le Président-Directeur général,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et de l'information figurant dans le rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction de la Régie.

Notre responsabilité consiste à évaluer la plausibilité et la cohérence générale de l'information fournie, en nous basant sur le travail que nous avons mené au cours de notre examen. Ce dernier ne constitue pas une vérification.

Notre examen a été effectué conformément aux normes de l'Institut des vérificateurs internes. Les travaux ont consisté à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à utiliser des procédés analytiques, à apprécier le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser les calculs, à échanger avec les unités administratives sur l'information fournie et à leur demander des précisions au besoin.

Au terme de notre examen, nous concluons que l'information de ce rapport annuel de gestion nous paraît, à tous les égards importants, plausible et cohérente.



Louise Soucy, CA
Directrice de la vérification interne
Québec, juillet 2011

Faits saillants

L'AMÉLIORATION DE LA PRESTATION DE SERVICES

Au bénéfice des personnes couvertes par le régime d'assurance médicaments

Cette année, la Régie a mis en œuvre un plan pour améliorer les services en assurance médicaments qui vise notamment à ce que les citoyens soient couverts par le bon régime à tout moment. Il découle d'une orientation axée sur la qualité des services à la clientèle énoncée dans une politique administrative entrée en vigueur au cours de l'année. À cet effet, plusieurs améliorations ont été mises en place, dont un service en ligne qui permet aux personnes âgées de 18 à 64 ans de valider leur situation et de s'inscrire au régime public d'assurance médicaments ou de s'en désinscrire. Également, différentes mesures additionnelles liées à la prestation de services ont été instaurées afin d'améliorer l'information aux citoyens et de faciliter leurs démarches.

L'admissibilité à l'assurance médicaments

Soucieuse d'offrir un meilleur service à la clientèle, la Régie s'appuie sur une nouvelle stratégie de partenariat. Elle a ainsi mis sur pied un comité pour informer et consulter ses partenaires sur les enjeux et les décisions en matière d'assurance médicaments. Il est composé de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Ce comité veut favoriser une compréhension commune de l'élaboration et de l'application de la *Liste de médicaments*, notamment à l'égard de la codification et du suivi des médicaments d'exception. Ce partenariat contribue également à l'atteinte de l'objectif du plan stratégique qui vise l'amélioration du niveau de connaissance des mesures Médicaments d'exception et Patient d'exception par les médecins.

L'AMÉLIORATION DES CONTRÔLES EN ADMISSIBILITÉ

Comité de réalisation interministériel sur la fraude

La Régie coordonne un comité interministériel sur la fraude qui regroupe dix ministères et organismes du gouvernement du Québec et qui travaille au resserrement des contrôles inhérents à la délivrance de documents officiels. L'amélioration des pratiques d'enquêtes et des moyens visant à faciliter l'échange de renseignements entre les ministères et les organismes provinciaux et fédéraux fait aussi partie des mandats de ce comité.

Projet de validation de la présence au Québec des personnes assurées

Depuis octobre 2009, les personnes qui s'établissent au Québec et se présentent aux bureaux de la Régie doivent confirmer dans un formulaire dûment signé qu'elles ont pris connaissance des conditions d'inscription au régime d'assurance maladie et qu'elles s'engagent à les respecter. Dans le but d'obtenir le même engagement des personnes s'étant établies au Québec et inscrites au régime entre 2005 et 2009, la Régie leur a transmis une lettre pour les informer sur les conditions d'admissibilité et les inviter à régulariser leur situation, le cas échéant.

LE DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

Reconnaissant l'expertise de la Régie dans l'informatisation du réseau de la santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux lui a confié de nouvelles responsabilités qui ont considérablement élargi son rôle dans l'implantation et l'opération du Dossier de santé du Québec (DSQ).

Depuis juin 2010, la Régie prend graduellement en charge la gestion opérationnelle de certaines fonctions requises pour le DSQ afin d'assurer la mise en œuvre du domaine Médicament dans l'ensemble du réseau. Cette nouvelle responsabilité découle de projets antérieurs que la Régie avait réalisés et de projets qui avaient auparavant été confiés à d'autres partenaires, notamment ceux inhérents à la Couche d'accès à l'information sur la santé (CAIS), au Visualiseur et au système de gestion du consentement.

En mars 2011, la Régie s'est vu confier le mandat de mettre en place une Table permanente d'interopérabilité. Constituant un mécanisme de gouvernance pour l'informatisation du réseau et l'arrimage de tous ses volets, cette table permanente a la responsabilité de définir et de voir à l'application des règles, des normes, des composantes et des spécifications obligatoires pour assurer le bon fonctionnement et l'interopérabilité de l'ensemble des composantes du projet DSQ, des systèmes de dossiers cliniques informatisés (DCI) et des systèmes de dossiers médicaux électroniques (DME). La Régie a également accepté la responsabilité de certaines composantes du domaine Imagerie diagnostique, notamment celle d'agir à titre de gestionnaire du Registre québécois des résultats d'imagerie médicale.

LES REGISTRES CONFIÉS PAR LE MINISTRE À LA RÉGIE

Depuis plusieurs années, la Régie se voit également confier par le ministre de la Santé et des Services sociaux la gestion et l'exploitation de certaines banques de données. Ces données servent notamment au Ministère et aux différents partenaires du réseau dans le cadre d'évaluations de programmes, de services à la clientèle et d'activités de recherche. En 2010-2011, d'importants travaux exécutés par la Régie ont permis de mettre en place des outils opérationnels et informationnels au bénéfice des usagers des services de santé.

Registre des consentements au don d'organes et de tissus

La Loi facilitant le don d'organes et de tissus, adoptée le 8 décembre 2010, confie à la Régie l'établissement et la tenue du registre des consentements au prélèvement d'organes et de tissus après le décès. Ce registre, en vigueur depuis le 28 février 2011, sert aux organismes qui assurent la coordination des dons d'organes ou de tissus (Québec-Transplant et Héma-Québec).

Ce nouveau service, simple et complémentaire, permet aux citoyens de signifier leur volonté quant au don de leurs organes et tissus après leur décès. Il répond également aux besoins et attentes des organismes coordonnateurs.

Registre québécois du cancer

Le Registre québécois du cancer vise à répondre aux objectifs du Programme québécois de lutte contre le cancer en matière de surveillance et de planification, notamment par l'enregistrement de tous les patients ayant un diagnostic de cancer établi au Québec.

Le mandat confié à la Régie a été élargi en février 2011 et couvre dorénavant la gestion de la mise en place du registre, tant à l'échelle locale que nationale. La Régie travaille en collaboration avec la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment afin que les établissements de santé puissent inscrire les données nécessaires au registre à compter du 1er avril 2011.

Registre des traumatismes du Québec

La Régie a entrepris le développement du système d'information du Registre des traumatismes du Québec (SIRTQ) en 2007. Il s'agit d'un service en ligne hébergé à la Régie qui permet à plus d'une soixantaine d'établissements de santé autorisés de saisir, de façon sécurisée, les renseignements sur les usagers admis à la suite d'un traumatisme. Il rend disponible l'information requise pour dresser le portrait des traumatismes de toutes les victimes de traumatisme hospitalisées au Québec.

Le SIRTQ a été mis en service avec succès en juin 2010 et représente une amélioration majeure de la banque ministérielle dont la Régie est dépositaire depuis novembre 2000. Son implantation est le fruit de la collaboration de la Régie, du ministère de la Santé et des Services sociaux et des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

LE PLAN DE GESTION INTÉGRÉE DES INVESTISSEMENTS

Désireuse d'assurer une gestion rigoureuse et transparente de ses investissements, la Régie s'est dotée d'un plan de gestion intégrée des investissements (PGII). Ce plan lui permet de définir, de sélectionner et de réaliser les bons projets et les bons investissements, au moment opportun. Le PGII permet également une reddition de comptes qui prend en considération la capacité organisationnelle (humaine et financière), les attentes des clientèles, les contraintes et les bénéfices.

Le PGII est soutenu par un cadre de gestion et des processus de planification, d'inscription et de suivi des investissements. Des outils complémentaires, flexibles et conviviaux, ont été élaborés pour colliger les données et diffuser des informations consolidées qui répondent aux besoins de gestion. Ces outils suscitent d'ailleurs l'intérêt d'autres ministères et organismes engagés dans une démarche semblable.

Au-delà de son rôle d'aide à la décision en matière d'investissements, le PGII s'avère également utile pour la reddition de comptes aux instances de gouvernance relatives aux exigences du projet de loi nº 133 sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement.

LE RAYONNEMENT DU PROJET OPTIMISATION DES PROCESSUS D'ENTENTES (OPE)

La Régie s'est démarquée en 2010 par un projet novateur et ambitieux, celui d'optimiser ses processus de rémunération des professionnels de la santé pour les adapter au rythme accéléré des changements qui sont régulièrement apportés aux ententes de rémunération. Inspirée par la méthode LEAN, la Régie a amélioré ses façons de faire en misant sur les meilleures pratiques en organisation du travail et en utilisant une approche participative orientée vers l'amélioration continue.

Le succès du projet OPE et ses retombées bénéfiques ont suscité beaucoup d'intérêt. La Régie a participé à de nombreuses conférences et a présenté sa démarche et les résultats du projet à plusieurs ministères et organismes publics ainsi qu'à une délégation française et à une délégation espagnole. Le rayonnement de ce projet lui a valu d'être finaliste lors du Gala des Prix de distinction du *Canada's Technology Government Event 2010* dans la catégorie « Prix provinciaux – fonctionnement du gouvernement interne ». Ce gala célèbre le leadership, l'innovation et l'excellence des réalisations des administrations publiques pancanadiennes.

La Régie

SECTION 1

Cette section présente la mission de la Régie et les valeurs qui y sont privilégiées. Elle fait également connaître son conseil d'administration et sa direction ainsi que leurs mandats et préoccupations de gestion respectifs. L'organigramme représentant la structure administrative clôt la section.

Mission 13

Valeurs organisationnelles 14

Conseil d'administration 15

- La composition du conseil d'administration 15
- Le rôle et les réalisations du conseil d'administration 23
- Les comités du conseil d'administration 23
- L'assiduité des membres aux séances du conseil d'administration et des comités 25

Direction 27

- La rémunération des principaux dirigeants 28

Organigramme 30

Mission

Rouage important du système de santé québécois, la Régie de l'assurance maladie du Québec a été créée en 1969 pour mettre en place un régime public d'assurance maladie. À la base de la création de ce régime, les grands principes que sont l'universalité, la gratuité et l'équité ont guidé l'évolution de la couverture des soins et services de santé au fil des décennies. Relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, la Régie est directement associée aux grands enjeux en matière de santé, ce qui l'amène à jouer un rôle essentiel auprès de la population[1].

D'ailleurs, sa mission témoigne de cette importance au sein du système de santé et de services sociaux :

> *La Régie administre les régimes publics d'assurance maladie et médicaments : elle informe la population, gère l'admissibilité des personnes, rémunère les professionnels de la santé et assure une circulation sécuritaire de l'information.*

La Régie a aussi le mandat d'administrer tout autre programme qui lui est confié. De ce fait, ses responsabilités ne cessent de croître suivant l'évolution du système de santé et de services sociaux. Elle administre aujourd'hui plus d'une quarantaine de programmes[2] touchant, par exemple, les aides techniques pour les personnes ayant une déficience motrice, visuelle ou auditive, l'exonération financière pour les services d'aide domestique et la contribution financière des adultes hébergés dans un établissement de santé.

Par ailleurs, la Régie conseille ou rémunère plus de 36 000 dispensateurs de services[3], prescripteurs[4] et professionnels de la santé, conformément, dans le cas de ces derniers, aux ententes conclues entre les fédérations médicales ou les associations professionnelles et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Enfin, la Régie rend accessible son actif informationnel au ministère de la Santé et des Services sociaux, aux chercheurs et aux différents acteurs du réseau. Concrètement, cet actif regroupe un ensemble de renseignements sur la prestation et l'évolution des soins et des services de santé ainsi que sur les coûts afférents. Les données accessibles sont évidemment divulguées dans le plus grand respect de la protection des renseignements personnels[5].

1. La liste des lois et règlements principaux qu'applique la Régie figure à l'annexe 1.
2. La liste des programmes administrés par la Régie figure à l'annexe 2.
3. Il s'agit des audioprothésistes, des centres de réadaptation en déficience physique ou visuelle, des ocularistes autorisés, des distributeurs d'aides de suppléance à l'audition, des denturologistes, des laboratoires d'orthèses-prothèses et des audiologistes.
4. En plus des professionnels de la santé, les sages-femmes et les podiatres sont aussi prescripteurs de certains médicaments.
5. Voir la section « Protection des renseignements personnels et sécurité de l'information » présentée à la page 69 du présent document.

Valeurs organisationnelles

Le 21 novembre 2002, le gouvernement du Québec déposait à l'Assemblée nationale la Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise. Dans la foulée de cette démarche, la Régie a alors procédé à une importante réflexion à laquelle ont été associés des groupes d'employés de tous niveaux.

Fruit d'un large consensus, le choix des valeurs de l'organisation s'est porté sur le respect, la responsabilité, l'équité et la vigilance.

Le respect consiste en un second regard porté par un membre du personnel, lorsque nécessaire, afin de ne pas heurter inutilement les personnes concernées par un problème donné.

La responsabilité réside dans le souci et la capacité d'accomplir chaque tâche avec rigueur et d'appliquer les règles avec discernement.

L'équité s'entend comme la juste appréciation de ce qui est dû à chacun; elle ne doit pas être confondue avec l'égalité. La pratique de l'équité se traduit par le souci de rendre des décisions justes, qui s'inscrivent dans l'esprit des règles.

La vigilance commande de toujours avoir à l'esprit l'amélioration de la santé des Québécoises et des Québécois. La vigilance guide les gestes du personnel et la justesse des décisions rendues est une priorité.

Les valeurs adoptées définissent et guident le comportement du personnel dans l'accomplissement de la mission de la Régie, concourant ainsi au maintien de son excellence et de son intégrité.

Conseil d'administration

En vertu de sa loi constitutive, la Régie est administrée par un conseil d'administration composé de quinze membres nommés par le gouvernement. Chacun accomplit sa fonction d'administrateur à titre bénévole. Au 31 mars 2011, un poste est vacant pour un représentant des professionnels de la santé.

LA COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Me Michel Lamontagne

Président du conseil d'administration

Nommé le 21 mai 2008
Mandaté pour cinq ans

Administrateur de sociétés

Diplômé en droit de l'Université Laval et par la suite admis au Barreau du Québec, Me Michel Lamontagne s'est spécialisé en politique fiscale au ministère des Finances du Canada après avoir pratiqué le droit dans un cabinet d'avocats. Il a ensuite occupé plusieurs postes de responsabilité au sein de cabinets de ministres fédéraux et a fait carrière à la direction d'entreprises dans les secteurs des finances et de la santé. Depuis 2000, Me Lamontagne est actif dans le domaine du financement privé et de la formation de groupes d'investisseurs providentiels. Diplômé du Collège des administrateurs de sociétés, Me Lamontagne est administrateur professionnel de sociétés, d'organisations et d'associations. Il siège notamment au conseil d'administration des organisations suivantes : Solutions Extenway inc., Biocéan Canada, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Conservation de la nature (section Québec), la Fondation Famijeunes St-Henri, la Fondation du Pensionnat du Saint-Nom-de-Marie et la compagnie de théâtre pour enfants Bouge de là. Il a aussi été membre du conseil consultatif de régie administrative de l'Autorité des marchés financiers et est actuellement membre du comité d'examen indépendant des Fonds Landry-Morin. Me Lamontagne est membre du conseil d'administration de la Régie depuis le 2 mars 2005.

Dr Marc Giroux

Nommé le 21 mai 2008
Mandaté pour cinq ans

Président-directeur général
Régie de l'assurance maladie du Québec

Le Dr Marc Giroux a obtenu un doctorat en médecine de l'Université Laval en 1969. De 1970 à 1982, il a été président-directeur général et omnipraticien à la Clinique de médecine familiale d'Alma inc., puis, de 1982 à 1985, directeur des services professionnels et hospitaliers de l'Hôtel-Dieu d'Alma. Entre 1980 et 1985, il a également été président-directeur général de Câblovision Alma inc. Par ailleurs, entre 1975 et 1985, le Dr Giroux a été membre du conseil d'administration de la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma, du CLSC Le Norois, de la Corporation de l'Hôtel-Dieu d'Alma et de l'Hôtel-Dieu d'Alma. De 1985 à 2002, il a travaillé à la Société de l'assurance automobile du Québec à titre de directeur des services médicaux et de la réadaptation et de directeur des politiques et programmes pour les accidentés. Le Dr Giroux a par la suite été directeur des affaires médicales, dentaires et optométriques à la Régie de l'assurance maladie du Québec. De 2003 à 2007, il a occupé le poste de directeur général de la rémunération des professionnels. Enfin, de septembre 2007 à mai 2008, il a été président-directeur général par intérim de la Régie. Le Dr Giroux est diplômé du Collège des administrateurs de sociétés. Il fait actuellement partie du conseil d'administration de Services Québec et est membre de son comité de vérification.

Dr Gaétan Barrette

Membre du comité des technologies de l'information

Nommé le 14 août 2007
Nommé de nouveau le 17 novembre 2010
parmi les professionnels de la santé[6]
Mandaté pour quatre ans

Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Détenteur d'un doctorat en médecine de l'Université de Montréal, le Dr Gaétan Barrette a aussi obtenu un diplôme en radiologie diagnostique. En 1989, il a été reçu membre associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. En plus d'exercer la radiologie vasculaire interventionnelle à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, dont il est membre actif depuis 1990, le Dr Barrette est président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec depuis le 16 novembre 2006. Il siège au conseil d'administration de cet organisme, en plus d'être membre de ceux de la Financière des professionnels et de Sogemec Assurances, qui sont deux filiales de la Fédération.

M. Réjean Bellemare

Nommé le 17 novembre 2010
après consultation d'organismes représentatifs
du milieu du travail
Mandaté pour quatre ans

Conseiller régional
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec

Titulaire d'un baccalauréat en économie, d'un diplôme en gestion de coopératives et d'une maîtrise en finance appliquée, M. Réjean Bellemare est conseiller régional pour les Laurentides et Lanaudière à la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec. M. Bellemare est également diplômé du Collège des administrateurs de sociétés. Depuis 1998, il est président du conseil de la Caisse d'économie Desjardins des travailleuses et travailleurs unis. Il a également été administrateur à la Régie des rentes entre 2003 et 2010. M. Bellemare siège aussi au conseil d'administration de Développement international Desjardins depuis 2002, et depuis 2010 aux conseils du Centre local de développement Rivière du Nord et du Fonds de solidarité de Lanaudière.

6. Le Dr Gaétan Barrette a été nommé après consultation de chaque organisme représentatif d'une catégorie de professionnels de la santé ayant conclu une entente en application de la Loi sur l'assurance maladie.

Dr Charles Bernard

Nommé le 16 mars 2011
après consultation des ordres professionnels
du domaine de la santé
Mandaté pour quatre ans

Président-directeur général
Collège des médecins du Québec

Détenteur d'un doctorat en médecine de l'Université Laval, le Dr Charles Bernard a exercé activement la médecine dans la région de Québec au cours des 35 dernières années. Entre 1986 et 1994, le Dr Bernard a notamment agi à titre de chef du Département de médecine générale de l'Hôpital Laval et a fondé la clinique médicale de l'Université Laval. Le Dr Bernard s'est également investi dans la formation de la relève médicale en participant à plusieurs comités à l'Université Laval, dont le comité d'admission de la Faculté de médecine. Depuis 1992, le Dr Bernard est administrateur du Collège des médecins du Québec et président-directeur général de l'ordre professionnel depuis 2010. À ce titre, il siège à son conseil d'administration.

Mme Solange Côté

Nommée le 16 mars 2011
après consultation d'organismes représentatifs
du milieu des affaires
Mandatée pour quatre ans

Conseillère et coach d'affaires
Services-conseils Solange Côté

Diplômée de l'Université Laval en physiothérapie, Mme Côté a terminé la scolarité de maîtrise en administration publique et acquis plusieurs crédits du baccalauréat en psychologie. De 1991 à 2001, elle a agi comme partenaire principale au cabinet de conseillers en affaires Innovam. En 2001, elle a fondé Services-conseils Solange Côté. Mme Côté est à la fois conférencière, animatrice d'ateliers, auteure de textes sur la gestion et membre de plusieurs organismes, associations et conseils d'administration. Mme Côté siège au conseil d'administration du Comité de jumelage d'Outremont depuis 2004. Elle est également présidente de la région de Montréal du Réseau des Femmes d'affaires du Québec.

M^me^ Denyse Côté-Dupéré

Nommée le 17 novembre 2010
après consultation d'organismes représentatifs
des usagers des services de santé
Mandatée pour quatre ans

Association québécoise des comités des usagers
des CRDI-TED

Investie depuis de nombreuses années dans le domaine de la santé et des services sociaux, M^me^ Côté-Dupéré a exercé depuis 1988 diverses fonctions à l'Association pour la promotion des droits des personnes handicapées, dont elle a également été directrice générale. Pendant ces mêmes années, M^me^ Côté-Dupéré a agi à titre de scrutatrice pour diverses élections municipales et scolaires de Jonquière. Depuis 1973, M^me^ Côté-Dupéré a été membre de plusieurs conseils d'administration, notamment de l'Association pour la promotion des droits des personnes handicapées, du Centre des services sociaux Saguenay, du CLSC de Jonquière, de l'Association du Québec pour l'intégration sociale et du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Saguenay. Depuis 1994, M^me^ Côté-Dupéré est membre du comité des usagers du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay – Lac-Saint-Jean. Elle siège également au conseil d'administration de l'Office des personnes handicapées du Québec depuis 2005 et est membre de son comité exécutif. M^me^ Côté-Dupéré est aussi membre du conseil d'administration du Groupement des organismes de personnes handicapées du Saguenay et de l'Association québécoise des comités des usagers des centres de réadaptation en déficience intellectuelle. Elle s'investit en outre à titre de membre du comité de gestion des risques du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement et de membre du Comité d'admissibilité au transport adapté du Saguenay.

M^me^ Suzanne Delisle

Présidente du comité de vérification

Nommée le 18 février 2009
après consultation d'organismes représentatifs
du milieu des affaires
Mandatée pour trois ans

Directrice de la gestion des opérations financières
Mouvement Desjardins

Comptable agréée et administratrice certifiée du Collège des administrateurs de sociétés de l'Université Laval, M^me^ Delisle est actuellement membre du comité de vérification de la Commission canadienne de l'immigration et du statut de réfugié et est également membre du comité de vérification du ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire du Québec. Depuis septembre 2008, elle siège au conseil d'administration de la Fondation du Centre hospitalier universitaire de Québec. M^me^ Delisle a siégé à plusieurs conseils, dont celui de l'Aéroport de Québec et celui de l'Orchestre symphonique de Québec ainsi qu'à leur comité de vérification. Elle a occupé diverses fonctions en gestion et finance dans différentes entreprises privées et publiques, dont Englobe Corporation, Sovar et BioChem Vaccins. Présentement, M^me^ Delisle est directrice de la gestion des opérations financières à la Vice-présidence Technologies et Services partagés du Mouvement Desjardins.

Me Martyne-Isabel Forest

Membre du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines

Nommée le 25 juin 2008
après consultation d'organismes représentatifs des usagers des services de santé
Mandatée pour quatre ans

Conseillère en éthique clinique et humanisation des soins
et
Avocate et médiatrice en matières civile et commerciale

Titulaire d'une maîtrise et d'une scolarité de doctorat en droit public de l'Université de Montréal et médiatrice accréditée auprès du Barreau du Québec, Me Martyne-Isabel Forest a cofondé le premier programme européen de formation continue en éthique appliquée (Faculté de médecine, Université de Genève). Elle possède une expertise dans la gestion des conflits juridiques et éthiques aux étapes du vieillissement et de la fin de la vie qui a été reconnue, notamment, par sa nomination en tant qu'experte à l'Observatoire mondial d'éthique de l'Unesco. Depuis 2005, elle a été mandatée par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour apprécier la qualité des soins et des services rendus aux personnes âgées vulnérables dans le contexte des visites ministérielles d'appréciation de la qualité. Elle a aussi agi en tant que vérificatrice de la conformité pour le Conseil québécois d'agrément, responsable de la certification des résidences privées pour personnes âgées. Présidente sortante de la Section du droit des aînés de l'Association du Barreau canadien, Me Forest préside actuellement le conseil d'administration du Centre de soutien entr'Aidants. Directrice des affaires juridiques du Réseau international francophone « Vulnérabilités et handicaps », elle assume la présidence du comité scientifique du Congrès international *Le proche aidant… un partenaire au cœur de l'action sanitaire et sociale* (Suisse).

M. René Gagnon

Membre du comité de vérification

Nommé le 25 juin 2008
parmi les membres du conseil d'administration d'un établissement ou d'une agence visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux
Mandaté pour trois ans

Membre du conseil d'administration
Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Titulaire d'un baccalauréat et d'une maîtrise en administration de l'Université de Sherbrooke, M. Gagnon est, depuis 1998, directeur administratif à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de cette dernière en plus d'être administrateur de la Société des médecins et directeur administratif du Centre de recherche médicale de l'Université de Sherbrooke. Il est également administrateur certifié du Collège des administrateurs de sociétés de l'Université Laval. Depuis 2006, il est membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de son comité d'allocation des ressources et de son comité de vérification. Il est également membre du comité d'éthique de ce conseil d'administration depuis 2007. M. Gagnon siège enfin au conseil d'administration de la Fondation du Musée des beaux-arts de Sherbrooke.

M^me^ Patricia Gauthier

Présidente du comité
des technologies de l'information

Nommée le 28 janvier 2009
parmi les membres du conseil d'administration
d'un établissement ou d'une agence visé
par la Loi sur les services de santé
et les services sociaux
Mandatée pour quatre ans

Directrice générale
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Diplômée en administration des Hautes Études commerciales et détentrice d'un titre professionnel de CGA (comptable générale accréditée), M^me^ Gauthier possède une vaste expérience du réseau de la santé, ayant occupé, au cours des trente dernières années, des postes de direction dans cinq centres hospitaliers de la région métropolitaine, dont deux CHU, soit l'Hôpital Sainte-Justine et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Depuis janvier 2008, M^me^ Gauthier est professeure associée au Département de management de la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke. Elle a aussi été chargée de cours pendant quinze ans à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal au baccalauréat et à la maîtrise en administration de la santé. M^me^ Gauthier a également été chargée de cours à l'Unité de santé internationale de cette même université. Depuis août 2004, M^me^ Gauthier est directrice générale du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Elle est aussi administratrice aux conseils d'administration de l'Université de Sherbrooke, du Pôle universitaire de Sherbrooke, de Sherbrooke Ville en santé, d'Opération Enfant Soleil, de la Fondation du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Depuis juin 2010, M^me^ Gauthier est administratrice de sociétés certifiée du Collège des administrateurs de sociétés de l'Université Laval.

D^r^ Louis Godin

Membre du comité
des technologies de l'information

Nommé le 19 mars 2008
parmi les professionnels de la santé[7]
Mandaté pour quatre ans

Président-directeur général
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Titulaire d'un doctorat en médecine de l'Université Laval, le D^r^ Louis Godin est membre du Collège des médecins du Québec depuis 1978. Entre 1977 et 2007, il a pratiqué la médecine en cabinet privé et a été membre actif de trois départements de l'Hôtel-Dieu de Lévis. De 1990 à 2007, il a également agi à titre de médecin expert en médecine du travail pour différents organismes. Depuis le 1^er^ janvier 2008, il est président-directeur général de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et siège à son conseil d'administration. Le D^r^ Godin siège aussi au conseil d'administration de la société de services financiers Fonds FMOQ inc., qu'il préside depuis le 4 mars 2008. Depuis juin 2010, il est administrateur de sociétés certifié du Collège des administrateurs de sociétés.

7. Le D^r^ Louis Godin a été nommé après consultation de chaque organisme représentatif d'une catégorie de professionnels de la santé ayant conclu une entente en application de la Loi sur l'assurance maladie.

M. Denis Lalumière

Nommé le 24 septembre 2008
parmi les fonctionnaires du gouvernement
ou de ses organismes
Mandaté pour trois ans

Sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Titulaire d'un baccalauréat et d'une maîtrise en psychologie ainsi que d'une maîtrise en administration des affaires de l'Université de Sherbrooke, M. Lalumière a occupé les fonctions de directeur général dans deux CLSC : Gaston-Lessard et Sherbrooke. Il a été directeur général du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke de 2004 à 2008. Depuis juin 2008, il est sous-ministre adjoint à la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité au ministère de la Santé et des Services sociaux. M. Lalumière siège au conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé et est membre observateur au conseil d'administration du Fonds de la recherche en santé du Québec.

M^me^ Danielle Lessard

Nommée le 10 décembre 2003
Nommée de nouveau le 25 juin 2008 après consultation des ordres professionnels du domaine de la santé
Mandatée pour trois ans

Optométriste
Institut Nazareth et Louis-Braille

Détentrice d'une licence et d'un doctorat en optométrie de l'Université de Montréal, M^me^ Danielle Lessard a également obtenu un diplôme d'études supérieures spécialisées en administration publique de l'École nationale d'administration publique. Après avoir travaillé dans différents centres comme optométriste, M^me^ Lessard a exercé diverses fonctions de gestion et de conseillère à l'Institut Nazareth et Louis-Braille et y travaille actuellement comme optométriste clinicienne.

Le secrétaire général de la Régie est nommé d'office secrétaire du conseil d'administration sans toutefois en être membre.

M^me^ Chantal Garcia

Secrétaire du conseil d'administration
et conseillère en éthique

Secrétaire générale
Régie de l'assurance maladie du Québec

Titulaire d'un baccalauréat, d'une licence et d'une maîtrise en sciences de l'orientation de l'Université Laval, M^me^ Chantal Garcia a occupé diverses fonctions dans la fonction publique québécoise. De 2007 à 2011, M^me^ Garcia a successivement agi à titre de secrétaire générale adjointe et de secrétaire générale de Services Québec. À ces titres, elle a notamment été responsable de l'éthique organisationnelle, du Bureau de la qualité des services, de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels et a assumé d'autres responsabilités découlant de la Loi sur l'administration publique (planification stratégique, reddition de comptes, etc.). M^me^ Garcia a siégé au comité d'éthique de l'Institut de la statistique du Québec entre 2008 et 2010. Elle est également membre de la Table des directeurs de planification stratégique et du Comité interministériel de développement durable. Secrétaire générale de la Régie depuis janvier 2011, M^me^ Garcia y cumule les responsabilités relatives à l'éthique, à l'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels ainsi qu'au soutien à la gouvernance, notamment le respect des obligations de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État et de la Loi sur l'administration publique.

LES MEMBRES SORTANTS EN 2010-2011

Membre	Date de nomination	Date de fin de mandat
M. Jacques L'Espérance Président J. L'Espérance, Actuariat Conseil inc.	25 juin 2008	7 juin 2010
D^r^ Yves Lamontagne Président-directeur général Collège des médecins du Québec	28 janvier 2009	31 décembre 2010
M. Normand Bonin Président Association québécoise des pharmaciens propriétaires	28 janvier 2009	8 mars 2011

LE RÔLE ET LES RÉALISATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les principales responsabilités du conseil d'administration consistent à établir les orientations stratégiques de la Régie et à s'assurer de leur mise en application. Le conseil approuve le budget annuel de la Régie, les états financiers de la Régie et du Fonds de l'assurance médicaments, le rapport annuel de gestion ainsi que les politiques d'encadrement de la gestion des risques. Il approuve également les règles de gouvernance de la Régie.

Me Michel Lamontagne assume les responsabilités de président du conseil d'administration. À ce titre, il répond des décisions de la Régie auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux, préside les réunions du conseil, voit à son bon fonctionnement ainsi qu'à celui de ses comités statutaires et évalue la performance des membres.

Au cours de l'année 2010-2011, le conseil s'est réuni à neuf reprises, dont une fois pour une réunion extraordinaire.

À la suite de l'évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration, effectuée en mars 2010, le conseil d'administration a approuvé un plan d'action visant trois cibles d'amélioration. Les mesures proposées dans le plan d'action ont été mises en œuvre au cours de l'année. En ce qui a trait à la cible d'amélioration portant sur l'*Accueil des membres et formation continue*, des séances d'information ciblées sur le « sens de l'État » et la gestion intégrée des risques à la Régie ont été le sujet de présentations.

La dernière réunion du conseil d'administration de 2010-2011 a été l'occasion d'évaluer son fonctionnement et sa performance. Un rapport d'évaluation, rédigé par une firme indépendante, sera présenté au conseil en 2011-2012. Il permettra l'élaboration d'un nouveau plan d'action à partir des pistes d'amélioration proposées.

Les principales décisions prises par les membres du conseil d'administration, en 2010-2011, ont porté sur :

- l'approbation du Rapport annuel de gestion 2009-2010;
- l'approbation de la Politique de gouvernance de la Régie de l'assurance maladie du Québec;
- l'adoption de la prime et les paramètres de contribution au régime public d'assurance médicaments en vigueur à compter du 1er juillet 2010;
- l'approbation de la Politique de réduction des dépenses de fonctionnement de nature administrative;
- l'approbation du budget des frais d'administration 2010-2011 de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du Fonds de l'assurance médicaments;
- l'approbation de l'entente-cadre MSSS-RAMQ concernant la gestion opérationnelle de certaines fonctions requises pour le Dossier de santé du Québec.

Par ailleurs, trois membres ont été diplômés à titre d'administrateurs de sociétés certifiés du Collège des administrateurs de sociétés de l'Université Laval au cours de l'exercice. Au total, sept membres du conseil d'administration sont des administrateurs de sociétés certifiés.

LES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

En vertu de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, le conseil d'administration doit constituer un comité de vérification ainsi qu'un comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines. Il peut également constituer d'autres comités pour l'étude de questions particulières ou pour faciliter le bon fonctionnement de la Régie. Ainsi, un comité des technologies de l'information a été créé le 11 mars 2009.

Outre les mandats prévus dans la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, le Règlement intérieur de la Régie et la charte de chacun des comités, ceux-ci exercent un rôle conseil et de vigie auprès du conseil d'administration sur les sujets qui les concernent respectivement.

En 2010-2011, tous les comités ont exercé les fonctions qui leur sont attribuées en vertu de la loi, du Règlement intérieur de la Régie et de leur charte respective.

Le comité de vérification

Le mandat du comité de vérification consiste à assurer le suivi et l'évaluation des processus de reddition de comptes et des systèmes de contrôle de la direction pour le conseil d'administration.

Sous réserve du mandat fixé par le conseil d'administration, le comité s'intéresse principalement à l'intégrité de l'information financière, à la fonction de vérification, aux états financiers, aux mécanismes de contrôle interne, à la gestion des risques et à la gestion optimale des ressources. Il a également la responsabilité d'aviser le

conseil d'administration d'opérations ou de pratiques de gestion qui ne sont pas conformes aux lois, aux règlements ou aux politiques de la Régie.

Ce comité, qui compte deux membres au 31 mars 2011 et dont la présidence est assumée par M[me] Suzanne Delisle, s'est réuni à sept reprises au cours de l'année 2010-2011. Les principaux dossiers examinés sont :

- le budget annuel 2010-2011 de la Régie et son suivi;
- la gestion intégrée des risques à la Régie;
- les états financiers de la Régie et du Fonds de l'assurance médicaments avec le Vérificateur général du Québec;
- le Rapport annuel de gestion 2009-2010;
- les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance de la Régie, incluant l'étalonnage;
- le suivi de la gestion des risques du rôle élargi de la Régie dans le Dossier de santé du Québec (ce dossier est traité conjointement avec les membres du comité des technologies de l'information);
- la Politique de réduction des dépenses de fonctionnement de nature administrative;
- la gestion des contrats et des ententes dans le cadre de la Politique de gestion contractuelle;
- la Politique sur la fonction de vérification interne.

Le comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines

Le mandat du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines consiste à proposer au conseil de nouvelles pratiques de gouvernance et à évaluer celles en vigueur, notamment quant au fonctionnement du conseil d'administration.

Sous réserve du mandat fixé par le conseil d'administration, le comité s'intéresse principalement aux règles et aux pratiques de gouvernance, aux questions relatives à la déontologie et à l'éthique des organisations et des administrateurs publics, à la composition du conseil et de ses comités, aux relations entre les parties prenantes à la gouvernance de la Régie ainsi qu'à l'évaluation du rendement de la performance du conseil d'administration, des comités et des membres du conseil.

Ce comité, qui compte un membre au 31 mars 2011, s'est réuni à deux reprises, dont une fois pour une réunion de travail, au cours de l'année 2010-2011. Lors de ces rencontres, les dossiers suivants ont été traités :

- la mise à jour du profil de compétence et d'expérience des membres du conseil d'administration;
- la mise à jour de la Politique de gouvernance de la Régie.

Le comité des technologies de l'information

Le mandat du comité des technologies de l'information consiste à examiner les dossiers majeurs dans le domaine des technologies de l'information à soumettre au conseil d'administration et à en assurer un suivi régulier.

Sous réserve du mandat fixé par le conseil d'administration, le comité s'intéresse principalement, en matière de technologies de l'information, aux liens avec la planification stratégique, aux projets d'investissement, aux risques liés à l'utilisation des technologies et à la continuité des opérations.

Ce comité, qui compte trois membres au 31 mars 2011 et dont la présidence est assumée par M[me] Patricia Gauthier, s'est réuni à sept reprises au cours de l'année 2010-2011. Les principaux dossiers traités au cours de cette année sont :

- l'examen du Plan de gestion intégrée des investissements;
- le suivi des travaux relatifs au Dossier de santé du Québec;
- l'examen des projets d'acquisition de biens et services technologiques de plus de 500 000 $.

L'ASSIDUITÉ DES MEMBRES AUX SÉANCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DES COMITÉS

Membres au 31 mars 2011	Conseil d'administration	Comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines	Comité de vérification	Comité des technologies de l'information
Me Michel Lamontagne	9/9			
Dr Marc Giroux	9/9			
Dr Gaétan Barrette	9/9			5/7
M. Réjean Bellemare	3/3			
Mme Denyse Côté-Dupéré	1/3			
Mme Suzanne Delisle	9/9		7/7	
Mme Martyne-Isabel Forest	7/9	2/2		
M. René Gagnon	9/9		7/7	
Mme Patricia Gauthier	6/9			7/7
Dr Louis Godin	6/9			7/7
M. Denis Lalumière	8/9			
Mme Danielle Lessard	8/9			
Membres nommés le 16 mars 2011				
Dr Charles Bernard	0/0			
Mme Solange Côté	0/0			
Membres sortants en 2010-2011				
M. Jacques L'Espérance	1/2	1/1		
Dr Yves Lamontagne	3/7			
M. Normand Bonin	0/9			

Direction

Le comité de régie interne est composé de huit membres représentant les quatre vice-présidences de même que le Secrétariat général, la Direction des services juridiques et la Direction de l'actuariat et de l'analyse des programmes. Sa présidence est assumée par le président-directeur général de la Régie, le Dr Marc Giroux. La secrétaire générale agit comme secrétaire du comité.

Les membres du comité de régie interne conseillent le président-directeur général dans l'exercice de ses fonctions et assurent l'unité d'action de la direction générale de la Régie par leur participation aux décisions relatives à l'administration de cette dernière.

Dix-neuf réunions ont été tenues pendant l'année 2010-2011. Les membres du comité de régie interne ont traité des affaires courantes et des dossiers structurants pour la Régie. En plus des sujets présentés au conseil d'administration, ces dossiers portaient, entre autres, sur :

- le Dossier de santé du Québec;
- la refonte du système de rémunération à l'acte;
- le Registre des consentements au don d'organes et de tissus;
- le Plan de gestion intégrée des investissements;
- le Cadre de gestion intégrée des risques;
- la stratégie de migration de la clientèle;
- la satisfaction des employés;
- le suivi de la Déclaration de services aux citoyens et du Plan d'action corporatif, le suivi budgétaire, le suivi de la performance du programme de sécurité de l'information, etc;
- le Plan d'action de développement durable et la stratégie de sensibilisation relative au premier objectif du plan d'action.

PREMIER PLAN

Francine Jacques
Vice-présidente à l'administration et à la gestion de l'information

Marc Giroux
Président-directeur général

Chantal Garcia
Secrétaire générale

SECOND PLAN

André Rochon
Directeur des services juridiques

Richard Audet
Vice-président aux technologies de l'information

Christiane Beauchemin
Vice-présidente à la rémunération des professionnels

Gaétan Thériault
Vice-président aux services aux personnes assurées

Guy Simard
Directeur de l'actuariat et de l'analyse des programmes

LA RÉMUNÉRATION DES PRINCIPAUX DIRIGEANTS

Conformément à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État[8], le tableau suivant présente la rémunération, y compris la rémunération variable et les autres avantages, versée par la Régie à son président-directeur général et à ses vice-présidents pour l'exercice financier se terminant au 31 mars 2011.

Les salaires annuels des principaux dirigeants sont fixés par des décrets du Conseil des ministres. Conformément à la Loi, les évaluations des vice-présidents sont faites par le président-directeur général, et ce dernier est évalué par le président du conseil d'administration. Pour l'exercice financier 2010-2011, aucun boni n'a été versé aux dirigeants d'organismes, et ce, conformément au décret gouvernemental[9].

RÉMUNÉRATION DES PRINCIPAUX DIRIGEANTS POUR 2010-2011

Dirigeant / Fonction	Salaire	Rémunération variable	Autres avantages	Rémunération totale
D[r] Marc Giroux Président-directeur général	173 882 $	0 $	S. O.	173 882 $
M. Richard Audet Vice-président aux technologies de l'information	145 340 $	0 $	S. O.	145 340 $
M[me] Christiane Beauchemin Vice-présidente à la rémunération des professionnels	145 340 $	0 $	S. O.	145 340 $
M[me] Francine Jacques Vice-présidente à l'administration et à la gestion de l'information	145 340 $	0 $	S. O.	145 340 $
M. Gaétan Thériault Vice-président aux services aux personnes assurées	136 492 $	0 $	S. O.	136 492 $

BONIS AU RENDEMENT ACCORDÉS EN 2010-2011
POUR LA PÉRIODE D'ÉVALUATION DU RENDEMENT DU 1[ER] AVRIL 2009 AU 31 MARS 2010

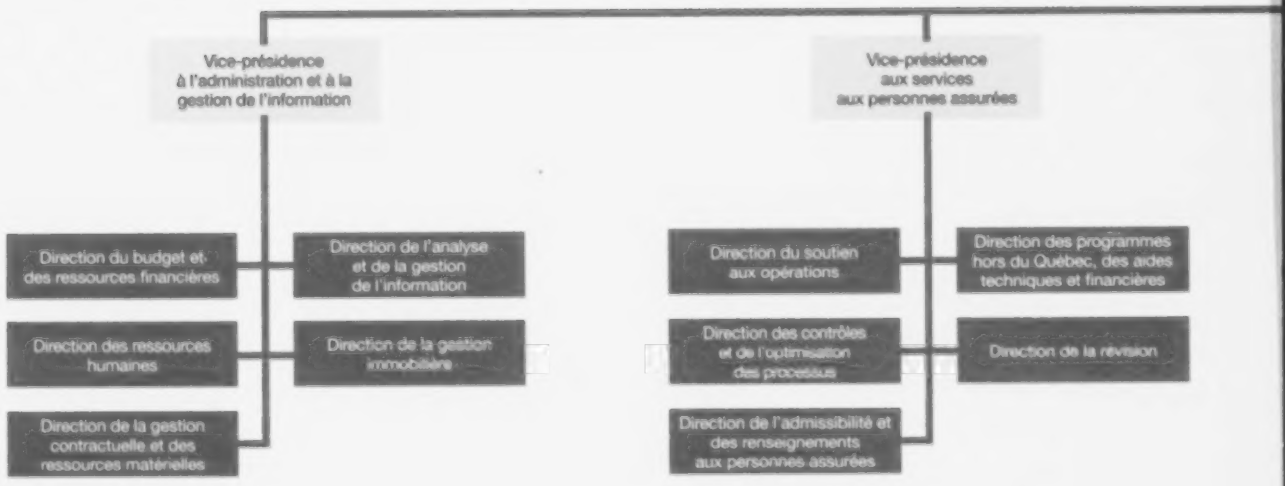
	Nombre de bonis au rendement	Montant
Cadres et cadres juridiques	33	156 718,60 $
Titulaires d'un emploi supérieur à temps plein	0	0 $
Total	**33**	**156 718,60 $**

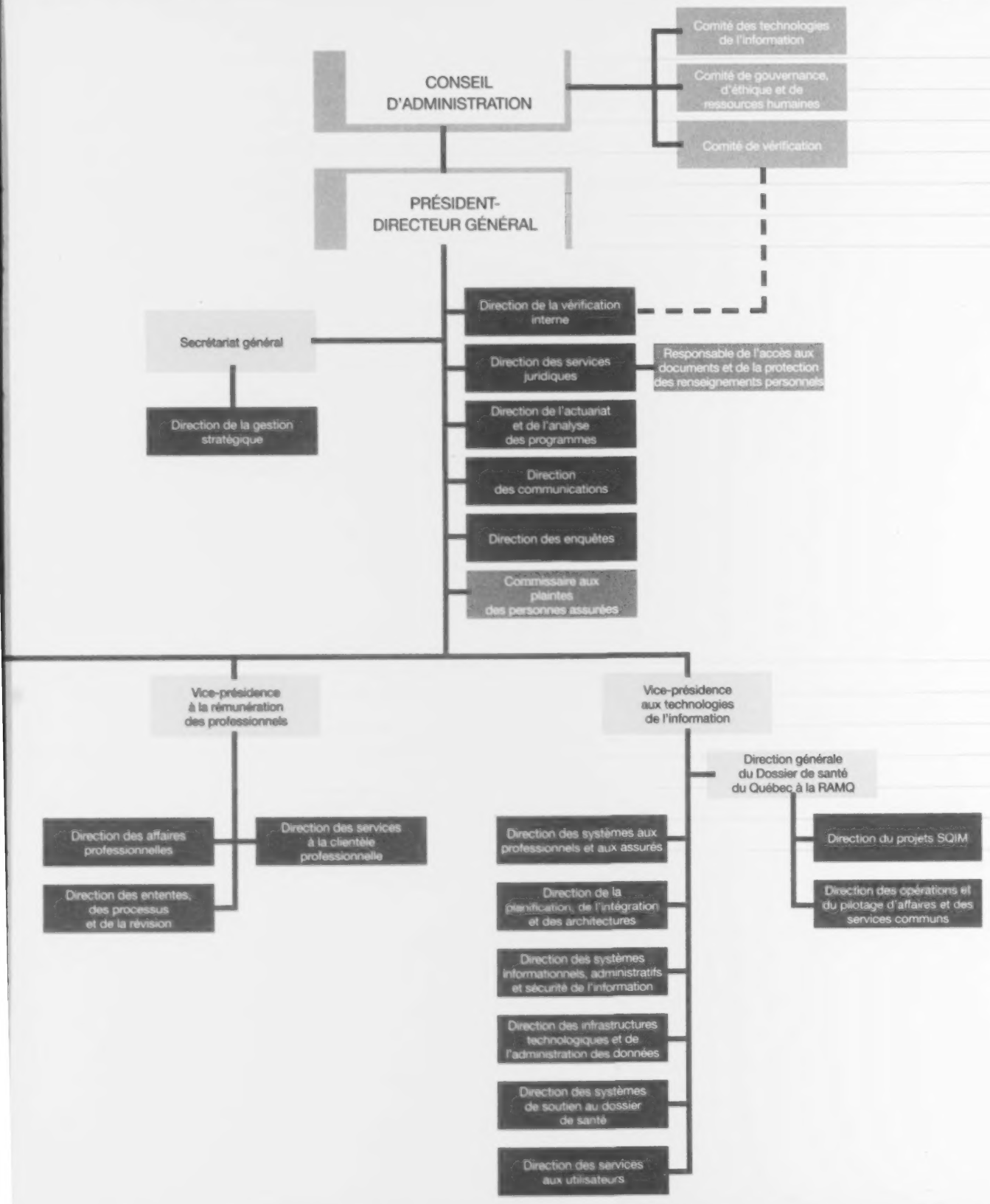
8. L.R.Q., c. G-1.02.
9. Décret 370-2010.

Organigramme
(au 31 mars 2011)

La Régie relève directement du ministre de la Santé et des Services sociaux. Son organisation administrative reflète les trois grands volets de sa mission : le service aux citoyens, la rémunération des professionnels de la santé ainsi que la gestion de l'information. Elle compte aussi des unités à mandats horizontaux, soit le secrétariat général, les technologies de l'information, les communications, les services juridiques ainsi que l'actuariat et l'analyse des programmes.

La Direction de la vérification interne donne à la Régie une assurance sur le degré de maîtrise de ses activités. La Direction des enquêtes effectue des vérifications et des enquêtes sur l'admissibilité des personnes assurées au régime d'assurance maladie et au régime public d'assurance médicaments, sur la consommation de biens et de services et sur la conformité et l'authenticité des services payés par la Régie dans le cadre de programmes qu'elle administre. Enfin, le Commissaire aux plaintes des personnes assurées est à la disposition de la population afin de représenter les intérêts de celle-ci auprès de l'administration de la Régie.




CONSEIL D'ADMINISTRATION
Comité des technologies de l'information
Comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines
Comité de vérification
PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL
Direction de la vérification interne
Secrétariat général
Direction des services juridiques
Responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels
Direction de la gestion stratégique
Direction de l'actuariat et de l'analyse des programmes
Direction des communications
Direction des enquêtes
Commissaire aux plaintes des personnes assurées
Vice-présidence à la rémunération des professionnels
Vice-présidence aux technologies de l'information
Direction générale du Dossier de santé du Québec à la RAMQ
Direction des affaires professionnelles
Direction des services à la clientèle professionnelle
Direction des ententes, des processus et de la révision
Direction des systèmes aux professionnels et aux assurés
Direction de la planification, de l'intégration et des architectures
Direction des systèmes informationnels, administratifs et sécurité de l'information
Direction des infrastructures technologiques et de l'administration des données
Direction des systèmes de soutien au dossier de santé
Direction des services aux utilisateurs
Direction du projets SQIM
Direction des opérations et du pilotage d'affaires et des services communs

Les résultats 2010-2011

SECTION 2

Cette section présente d'abord les résultats liés aux engagements que la Régie a pris dans sa Déclaration de services aux citoyens. Elle présente ensuite les résultats relatifs aux objectifs de son Plan stratégique 2009-2013.

Déclaration de services aux citoyens..... 35
- Rappel de nos engagements 35
- Les résultats relatifs à la Déclaration de services aux citoyens..... 36

Plan stratégique 40
- Tableau synthèse du Plan stratégique 2009-2013..... 40
- Les résultats à l'égard du Plan stratégique..... 42

Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance, incluant l'étalonnage..... 50
- L'étalonnage 52
- La gestion intégrée des risques 53

Déclaration de services aux citoyens

Depuis sa création, la Régie place la qualité des services aux citoyens au cœur de ses priorités. Elle met tout en œuvre pour favoriser une large accessibilité à ses services pour les personnes couvertes par le régime d'assurance maladie et le régime public d'assurance médicaments, et pour les professionnels de la santé.

RAPPEL DE NOS ENGAGEMENTS

Vous accueillir avec courtoisie

- Vous traiter avec considération, en vous consacrant toute l'attention nécessaire.
- Nous assurer que vous avez compris les renseignements fournis.

Vous servir avec compétence

- Vous fournir des renseignements qui répondent à vos questions.
- Vous transmettre de l'information claire, complète et exacte.

Vous offrir des services accessibles et rapides

- Vous offrir un service d'accueil téléphonique permettant de joindre un employé de la Régie.
- Respecter les délais habituels suivants :

- Personnes assurées :
  - 30 minutes pour vous rencontrer lorsque vous vous présentez à nos bureaux;
  - 3 minutes pour répondre à votre appel téléphonique;
  - 14 jours pour vous expédier votre carte d'assurance maladie;
  - 24 heures pour vous inscrire au régime public d'assurance médicaments;
  - 24 heures pour répondre à une demande complète d'autorisation relative à un médicament d'exception considéré comme urgent;
  - 48 heures pour répondre à toute autre demande complète d'autorisation relative à un médicament d'exception.

- Plaintes : Adressez-vous au Commissaire aux plaintes des personnes assurées. Il traitera votre demande, en toute confidentialité, en respectant les délais habituels suivants :
  - 2 jours ouvrables pour communiquer avec vous;
  - 30 jours pour répondre à votre plainte.

- Professionnels de la santé :
  - 1 minute au Centre de support aux pharmaciens;
  - 3 minutes au Centre d'appels des professionnels.

LES RÉSULTATS RELATIFS À LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

En 2010, la Régie a révisé sa Déclaration de services aux citoyens pour répondre aux attentes des citoyens et des professionnels de la santé, exprimant ainsi sa volonté de toujours mieux servir ses clientèles. Cette révision a également donné lieu à une modification de la mesure des normes de services, maintenant présentée en pourcentage de clients ayant obtenu un service dans le respect des délais habituels. De cette façon, les résultats à l'égard des engagements offrent une meilleure appréciation de la performance de la Régie. Cette déclaration révisée est entrée en vigueur le 1er avril 2010.

Au cours de l'année 2009-2010, la Déclaration de services aux citoyens a été le sujet de rencontres d'information auprès de l'ensemble du personnel en relation avec la clientèle. De plus, tout nouvel employé est informé des engagements de la Déclaration de services aux citoyens et a accès aux résultats.

L'information qui suit présente la reddition de comptes à l'égard des engagements de la Déclaration de services aux citoyens de la Régie en vigueur au 31 mars 2011.

LES RÉSULTATS À L'ÉGARD DE LA RAPIDITÉ DES SERVICES

Vous offrir des services rapides		
Les services aux personnes assurées	**Délai habituel**	**Résultats 2010-2011**
Vous rencontrer lorsque vous vous présentez à nos bureaux	30 minutes	93 %
Répondre à votre appel téléphonique	3 minutes	95 %
Vous expédier votre carte d'assurance maladie	14 jours	90 %
Vous inscrire au régime public d'assurance médicaments	24 heures	100 %
Répondre à une demande complète d'autorisation relative à un médicament d'exception considéré comme urgent	24 heures	99 %
Répondre à toute autre demande complète d'autorisation relative à un médicament d'exception	48 heures	94 %
Le Commissaire aux plaintes des personnes assurées	**Délai habituel**	**Résultats 2010-2011**
Communiquer avec vous après réception de votre demande	2 jours ouvrables	96 %
Répondre à votre plainte	30 jours	93 %
Les services aux professionnels de la santé	**Délai habituel**	**Résultats 2010-2011**
Répondre à votre appel téléphonique au Centre d'appels des professionnels	3 minutes	66 %
Répondre à votre appel téléphonique au Centre de support aux pharmaciens	1 minute	70 %

LES VOLUMES DE TRANSACTIONS RELATIFS À LA PRESTATION DE SERVICES

Les services aux personnes assurées	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Entrevues aux bureaux de la Régie	146 132	158 745	169 881
Appels traités par les préposés	1 450 041	1 552 472	1 514 765
Appels traités par le système de réponse vocale (renseignements généraux)	337 600	248 778	182 923
Cartes d'assurance maladie délivrées	2 213 366	2 218 637	2 244 513
Inscriptions au régime public d'assurance médicaments	421 886	430 460	410 575
Les services aux professionnels de la santé	**2008-2009**	**2009-2010**	**2010-2011**
Appels traités par un préposé du Centre d'appels des professionnels	75 160	76 249	79 927
Appels traités par un préposé du Centre de support aux pharmaciens	148 592	144 795	135 907
Appels traités par le système de réponse vocale (renseignements généraux)	3 396	2 417	1 740

Les engagements relatifs aux services aux personnes assurées

La Régie a pu offrir en 2010-2011 une prestation de services de grande qualité aux personnes assurées notamment en poursuivant la révision de ses façons de faire et en misant sur l'utilisation efficiente de ses ressources. Les engagements portant sur la rapidité des services ont effectivement été respectés dans des proportions variant entre 90 % et 100 %. Par exemple, 93 % des personnes assurées qui se sont présentées aux bureaux d'accueil ont été rencontrées dans un délai de 30 minutes ou moins, comparativement à 84 % en 2009-2010, et ce, malgré une augmentation du nombre d'entrevues. De plus, 95 % des appels téléphoniques ont obtenu une réponse dans un délai de 3 minutes ou moins, comparativement à 85 % en 2009-2010.

La performance associée aux demandes complètes d'autorisation relatives à un médicament d'exception dépasse largement les résultats escomptés malgré une proportion de demandes traitées par la Régie qui ne cesse de s'accroître. Par ailleurs, une attention particulière est toujours accordée aux demandes d'autorisation de médicaments devant être fournis d'urgence, lesquelles ont été traitées dans un délai inférieur à 24 heures dans une proportion de 99 % des cas en 2010-2011.

Les engagements relatifs aux services aux professionnels de la santé

La Régie n'a pas atteint les résultats escomptés pour les engagements relatifs au délai d'attente au téléphone malgré des résultats variant entre 66 % et 70 %.

Au Centre d'appels des professionnels, cet écart s'explique par quelques facteurs dont le principal est l'augmentation de la complexité de la nature des appels et, conséquemment, de leur durée. En effet, au cours de l'année, cinq amendements à l'entente avec les médecins omnipraticiens sont entrés en vigueur et quatre modifications majeures ont été apportées à l'entente avec les médecins spécialistes. L'inscription de la clientèle générale et vulnérable auprès d'un médecin de famille ainsi que les forfaits s'y rattachant de même que les mesures entourant la procréation assistée ont aussi contribué à l'accroissement du volume d'appels. Cependant, comparativement à l'année dernière, le délai moyen de réponse s'est nettement amélioré, passant de 228 à 171 secondes.

Au Centre de support aux pharmaciens, le délai moyen pour parler à un préposé s'est légèrement amélioré et la Régie a répondu à 70 % des appels en 1 minute ou moins. Notons que les appels concernant la vérification de l'identité d'un prescripteur ne sont plus pris en charge par la Régie depuis le 28 octobre 2010, comme convenu avec le Collège des médecins. Cette décision a permis de diminuer l'augmentation des appels particulièrement marquée aux mois de juillet, d'août et de septembre de

chaque année à la suite de l'arrivée de nouveaux prescripteurs (médecins résidents). Enfin, la Régie offre une accessibilité téléphonique (100 %) aux pharmaciens qui communiquent avec elle durant ses heures d'ouverture.

Des travaux d'optimisation ont été entrepris afin d'améliorer la performance de ces deux centres d'appels.

Les engagements relatifs aux plaintes

Lors de la prestation de services, certaines situations peuvent provoquer l'insatisfaction de personnes assurées ou de professionnels de la santé, qui ont alors la possibilité de porter plainte. Quelle que soit la plainte, un suivi personnalisé est effectué auprès de chaque citoyen ou professionnel de la santé.

Le Commissaire aux plaintes des personnes assurées a respecté les délais habituels dans 95 % des cas. Plus précisément, 96 % des demandes de toute nature ont été prises en charge dans un délai de 2 jours ouvrables et 93 % des demandes catégorisées comme des plaintes ont été traitées dans un délai de 30 jours. La complexité de certaines plaintes constitue un des facteurs pouvant expliquer une intervention dépassant le délai habituel de 30 jours.

Le Commissaire aux plaintes des personnes assurées a reçu en 2010-2011 un nombre inférieur de plaintes concernant les engagements de la Déclaration de services aux citoyens par rapport à 2009-2010. Cette diminution est essentiellement attribuable à la performance du service à la clientèle des personnes assurées offert par téléphone.

Bien que le volume des plaintes des personnes assurées relatives à la courtoisie ait été plus élevé en 2010-2011 qu'en 2009-2010, il a été toutefois comparable à celui de 2008-2009 et des années antérieures. Par ailleurs, on a noté en 2010-2011 une diminution des plaintes de cette même clientèle sur la compétence par rapport aux années antérieures.

En ce qui concerne les services rendus aux professionnels de la santé, le volume de plaintes reçues demeure faible et a diminué comparativement à l'année passée.

LES VOLUMES DE PLAINTES TRAITÉES RELATIVES AUX ENGAGEMENTS DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

	Nombre de plaintes reçues relatives aux engagements de la Déclaration de services aux citoyens					
	Personnes assurées			Professionnels de la santé		
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Vous accueillir avec courtoisie	36	18	39	4	4	0
Vous servir avec compétence	11	14	6	0	0	1
Vous offrir des services accessibles	-	54	14	-	-	1
Vous offrir des services rapides	671	73	0	0	2	0
Total	**718**	**159**	**59**	**4**	**6**	**2**

Plan stratégique

Les pages qui suivent contiennent la reddition de comptes portant sur les six objectifs stratégiques de la Régie. On y présente d'abord un tableau synthèse du Plan stratégique 2009-2013. Suivent les résultats relatifs aux objectifs, regroupés par orientation et par axe d'intervention.

TABLEAU SYNTHÈSE DU PLAN STRATÉGIQUE 2009-2013

1 Les services

Orientation 1 ***OFFRIR AUX CLIENTÈLES DE LA RÉGIE DES SERVICES PLUS ACCESSIBLES, RAPIDES ET SÉCURITAIRES***	
1ER AXE D'INTERVENTION : L'ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES	
OBJECTIF 1 — D'ICI 2014, OFFRIR AUX CITOYENS UNE CARTE D'ASSURANCE MALADIE PLUS EFFICACE ET SÉCURITAIRE.	
	Cibles de résultats
Pourcentage de cartes délivrées	6 % en mars 2010
	30 % en mars 2011
	55 % en mars 2012
	80 % en mars 2013
OBJECTIF 2 — INFORMER LES CITOYENS DES OBLIGATIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MÉDICAMENTS ET FACILITER L'ACCÈS À SES BÉNÉFICES.	
Disponibilité du service en ligne d'inscription des personnes au régime public	Décembre 2010
Taux d'adhésion des personnes au service en ligne (en pourcentage des inscriptions totales, excluant les inscriptions automatiques)	8 % en mars 2012 16 % en mars 2013
Proportion de citoyens qui connaissent l'obligation de détenir une assurance médicaments	80 %
Connaissance des dispositions particulières par les médecins omnipraticiens et les spécialistes	
Mesure du niveau de connaissance	Mars 2010
Détermination des cibles d'amélioration	Mars 2011
Seconde mesure du niveau de connaissance des prescripteurs	Mars 2013
2E AXE D'INTERVENTION : LA RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET AUTRES DISPENSATEURS	
OBJECTIF 3 — APPLIQUER PLUS RAPIDEMENT LES MODIFICATIONS AUX ENTENTES DE RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.	
Révision et optimisation des processus d'application des ententes	Mars 2010
Publication de la nouvelle offre de services	Mars 2011
Détermination des cibles pour les délais d'application des ententes	
Évaluation du degré d'atteinte des cibles	Mars 2013
OBJECTIF 4 — REVOIR LA GESTION DES PROGRAMMES CONFIÉS, DE CONCERT AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.	
Pour les dispensateurs d'aides techniques	
Disponibilité de services en ligne pour la facturation	1 nouveau service en mars 2011
	2 nouveaux services en mars 2012
Délai de paiement pour les programmes disposant d'un service en ligne de facturation Délai moyen actuel : 42 jours	Moins de 30 jours à compter de 2011
Autres programmes	
Révision d'un autre programme	Mars 2013

2 Le Dossier de santé du Québec

Orientation 2
RENDRE ACCESSIBLE AUX PROFESSIONNELS AUTORISÉS UNE INFORMATION CLINIQUE SÉCURISÉE

AXE D'INTERVENTION : LE DÉPLOIEMENT DU DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

OBJECTIF 5 — ASSURER DES SERVICES D'IDENTIFICATION DES INTERVENANTS ET DES USAGERS, AINSI QUE LA MISE EN PLACE ET LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES D'ACCÈS AU PROFIL PHARMACOLOGIQUE DES PATIENTS.

	Cibles de résultats
Ordonnance électronique de médicaments transmise aux pharmaciens	Mars 2010
Mécanisme de mise à jour des données d'identification au Registre des usagers et de diffusion au réseau de la santé et des services sociaux	
Registre d'identification des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux	
Registre d'identification des établissements et des lieux de dispensation des soins de santé associés au DSQ	
Attribution d'un numéro d'identification unique aux nouveau-nés et aux personnes non assurées pour inscription au Registre des usagers	Mars 2011
Profil pharmacologique élargi avec les renseignements provenant des établissements publics	
Mécanisme d'authentification des intervenants « SécurSanté », simplifié et optimisé	

3 La gestion interne

Orientation 3
SOUTENIR LA MOBILISATION ET L'ENGAGEMENT DES PERSONNES DANS L'ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION

AXE D'INTERVENTION : LES RESSOURCES HUMAINES

OBJECTIF 6 — OFFRIR UN MILIEU DE TRAVAIL VALORISANT ET MOBILISATEUR, AFIN DE SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT CONTINU DES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES À L'ÉVOLUTION DES SERVICES.

	Cibles de résultats
Satisfaction du personnel : première mesure et détermination des cibles d'amélioration	Décembre 2009
Adoption d'un plan d'action en gestion des ressources humaines	Juin 2010
Implantation de la norme Entreprise en santé	Juin 2011
Satisfaction du personnel : deuxième mesure	Mars 2013

LES RÉSULTATS À L'ÉGARD DU PLAN STRATÉGIQUE

Le rapport annuel de gestion 2010-2011 rend compte des résultats atteints pour la deuxième année de réalisation du Plan stratégique 2009-2013. Ce plan stratégique est le fruit des efforts du conseil d'administration, de la haute direction et d'une partie importante du personnel de la Régie.

L'atteinte d'objectifs axés sur des résultats concrets pour ses clientèles et le citoyen est la perspective privilégiée par la Régie; elle confirme sa volonté d'être un partenaire dynamique dans la gestion et l'évolution du système de santé québécois. Le plan est constitué de trois orientations stratégiques : la première touche la prestation des services au citoyen, la seconde porte sur l'implantation du Dossier de santé du Québec et la troisième traite des ressources humaines et du milieu de travail.

Six objectifs sont rattachés à ces orientations et chaque objectif est assorti d'indicateurs et de cibles de résultats qui s'étalent généralement sur l'ensemble de la durée du plan stratégique et qui permettent d'en suivre l'évolution.

Les services

Orientation 1
Offrir aux clientèles de la Régie des services plus accessibles, rapides et sécuritaires

1re axe d'intervention
L'admissibilité des personnes

Responsable du contrôle de l'admissibilité des personnes aux régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments, la Régie doit assurer aux citoyens un accès optimal aux services relatifs à la délivrance de la carte d'assurance maladie. Elle doit aussi disposer de mesures de contrôle pour que la carte soit effectivement délivrée aux personnes qui y ont droit et qu'elle soit utilisée de façon conforme par son titulaire.

Objectif 1
D'ici 2014, offrir une carte d'assurance maladie plus efficace et sécuritaire.

L'équilibre entre l'accès aux services et l'application de contrôles adéquats est un enjeu majeur pour la Régie, car l'application des contrôles doit être effectuée sans altérer la qualité de ses services ou nuire à la prestation des soins de santé. Le premier objectif du plan stratégique prend en compte cet enjeu en offrant au citoyen une nouvelle carte d'assurance maladie à la fois plus efficace et plus sécuritaire.

Indicateur	Pourcentage de nouvelles cartes délivrées			
Cibles	Mars 2010 6 %	Mars 2011 30 %	Mars 2012 55 %	Mars 2013 80 %
Résultats	**7,2 %**	**35,3 %**		

L'ajout à la carte d'un code à barres en même temps que l'implantation d'un service en ligne ont amélioré le contrôle et la gestion de l'admissibilité des personnes. La délivrance des nouvelles cartes d'assurance maladie a débuté en janvier 2010 et au 31 mars 2011, 2 696 120 personnes admissibles l'avaient reçue.

La nouvelle carte s'étendra progressivement à toutes les personnes admissibles selon le cycle annuel régulier de renouvellement qui doit se terminer en janvier 2014. Pour les professionnels de la santé, la nouvelle carte donne accès à une information constamment mise à jour sur l'admissibilité de leur clientèle. Depuis février 2010, un service en ligne permet aux professionnels de la santé de vérifier, en temps réel, la validité de l'admissibilité d'une personne à l'assurance maladie.

Objectif 2
Informer les citoyens des obligations relatives à l'assurance médicaments et faciliter l'accès à ses bénéfices

Le second objectif du plan stratégique touche un autre volet important de la prestation de services, celui de l'assurance médicaments. Pour beaucoup de citoyens, la nature des obligations et les modalités d'application du régime d'assurance médicaments sont méconnues. De plus, le régime prévoit des dispositions concernant les mesures Médicaments d'exception et Patient d'exception. Ces mesures semblent également mal connues des médecins.

L'obligation de détenir une assurance médicaments

Les Québécois qui ne sont pas admissibles à un régime privé doivent s'inscrire au régime public d'assurance médicaments. Plusieurs événements de vie peuvent influer sur l'admissibilité au régime public d'assurance médicaments, tels que l'entrée sur le marché du travail, la perte d'un emploi, l'arrêt des études à temps plein, une nouvelle union ou une séparation. Beaucoup de citoyens connaissent mal les modalités d'application du régime, ce qui peut entraîner des situations où une personne n'est pas inscrite au régime approprié.

Le régime général d'assurance médicaments s'appuie sur la responsabilisation du citoyen. Pour renseigner adéquatement la population et faciliter ses démarches, la Régie a approuvé une politique administrative sur la gestion de l'admissibilité à la partie publique du régime général d'assurance médicaments qui vise à s'assurer que les citoyens sont couverts par le bon régime à tout moment. En 2010-2011, le régime public couvrait environ 3,3 millions de Québécois et 410 575 nouvelles inscriptions ont été effectuées.

Indicateur	Cible 2010-2011	Résultat
Disponibilité du service en ligne d'inscription au régime public	Décembre 2010	29 octobre 2010

La Régie a mis en ligne un service qui permet au citoyen de s'inscrire au régime public d'assurance médicaments (ou de s'en désinscrire) pour ainsi confirmer son statut d'assuré et bénéficier pleinement des avantages du régime. Disponible depuis le 29 octobre 2010, il offre à la clientèle âgée de 18 à 64 ans dont la situation familiale est simple un outil moderne, accessible, rapide et sécuritaire. Au 31 mars 2011, il avait été utilisé par 16 036 personnes.

Indicateur	Cible 2010-2011	Résultat
Pourcentage de citoyens connaissant l'obligation de détenir une assurance médicaments	80 %	83 %

La Régie mène des campagnes d'information auprès des citoyens quant à leur obligation de détenir une assurance médicaments. Elle s'adresse à une vaste clientèle qui se renouvelle chaque année, notamment avec les nouvelles cohortes de jeunes qui arrivent sur le marché du travail. Au terme de la campagne 2009-2010, un sondage téléphonique effectué au printemps 2010 a permis de mesurer le pourcentage de citoyens qui connaissent l'obligation de détenir une assurance médicaments. Les résultats obtenus ont été satisfaisants, puisque 83 % des personnes sondées connaissaient l'obligation d'être assuré, résultat comparable à celui de 2009 (81 %).

En 2010-2011, les activités d'information menées à la Régie avaient principalement pour objectif de faire connaître le service en ligne d'inscription au régime public d'assurance médicaments et de désinscription, notamment aux communautés culturelles. La Régie a aussi élaboré une nouvelle stratégie pour la prochaine campagne sur l'assurance médicaments. Cette stratégie prévoit

notamment la présentation sur le Web de courtes vidéos informatives associées aux différentes situations de vie qui ont une incidence sur la couverture d'assurance médicaments.

Les mesures Médicaments d'exception et Patient d'exception

Les médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments sont énumérés dans la *Liste de médicaments*. Cette liste est constituée de deux catégories de médicaments. La première regroupe les médicaments inscrits dans la section régulière et dont le coût est couvert par le régime général d'assurance médicaments. La deuxième catégorie regroupe les Médicaments d'exception, qui sont couverts par le régime général seulement si les conditions ou les indicateurs thérapeutiques contenus dans la Liste sont rencontrés. Une personne pourrait se voir prescrire un médicament d'exception plutôt qu'un médicament inscrit dans la section régulière de la Liste notamment en raison d'une intolérance, d'une inefficacité ou d'une contre-indication. Il est aussi possible que la condition médicale particulière d'une personne requière l'usage d'un médicament d'exception pour une autre indication que celles prévues dans la Liste ou d'un médicament non inscrit sur celle-ci. Ces situations peuvent être couvertes par la mesure Patient d'exception sous certaines conditions (chronicité, gravité, dernier recours).

Ces dispositions particulières que sont les mesures Médicaments d'exception et Patient d'exception pourraient être mieux connues de la part des médecins omnipraticiens et des spécialistes, comme tendent à le démontrer les résultats de deux sondages effectués entre 2008 et 2010.

RÉSULTATS DÉTAILLÉS SUR LE NIVEAU DE CONNAISSANCE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES ET DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS
PROPORTION DES MÉDECINS QUI DISENT CONNAÎTRE TRÈS BIEN OU ASSEZ BIEN LES MESURES D'EXCEPTION

	Médecins spécialistes 2008-2009	Médecins omnipraticiens 2009-2010
Médicaments d'exception	61,1 %	87,0 %
Patient d'exception	21,9 %	31,9 %

Au regard des résultats obtenus, la Régie a déterminé des cibles d'amélioration du niveau de connaissance de ces dispositions particulières par les médecins. Au cours des deux prochaines années, elle prévoit mettre en œuvre différents moyens, en plus de l'information déjà diffusée, pour y parvenir et s'assurer que ces professionnels de la santé ont accès à tous les renseignements nécessaires à leur pratique.

Soulignons que les résultats du sondage effectué en 2009 auprès des médecins spécialistes, visant notamment à évaluer leur connaissance des mesures Médicaments d'exception et Patient d'exception, incluent certaines spécialités médicales qui n'ont pas à prescrire de médicaments dans le cadre de leurs activités habituelles ainsi que d'autres qui n'ont généralement pas à prescrire de médicaments requérant l'utilisation de ces mesures. Par conséquent, les cibles d'amélioration fixées concernent surtout les médecins spécialistes qui prescrivent ce type de médicament dans le cadre de leur pratique professionnelle.

Indicateur	Cible 2010-2011
Connaissance des dispositions par les médecins omnipraticiens	Détermination des cibles d'amélioration Échéance : mars 2011

PROPORTION DES MÉDECINS QUI DISENT CONNAÎTRE TRÈS BIEN OU ASSEZ BIEN LES MESURES D'EXCEPTION

Cibles d'amélioration visées pour 2011-2013		
	Médecins spécialistes	**Médecins omnipraticiens**
Médicaments d'exception	65 %	87 %
Patient d'exception	32 %	40 %

2e axe d'intervention
La rémunération des professionnels de la santé et des autres dispensateurs de services

Les ententes de rémunération des professionnels de la santé sont régulièrement le sujet de négociations entre les fédérations de médecins ou les associations professionnelles et le ministre de la Santé et des Services sociaux. Ceux-ci sont autant de partenaires avec lesquels la Régie a intensifié ses relations pour assurer une compréhension commune des ententes de rémunération.

Objectif 3
Appliquer plus rapidement les modifications aux ententes de rémunération des professionnels de la santé

La Régie est responsable de la mise en application de ces ententes. Pour ce faire, elle doit intégrer les modifications dont ont convenu les parties négociantes dans ses systèmes afin que le paiement des services médicaux rendus à la population soit conforme aux ententes. Au cours des années, ces ententes sont devenues de plus en plus complexes, le rythme des changements s'est accéléré et les attentes des parties quant aux délais d'implantation se sont accrues.

L'objectif est d'appliquer plus rapidement ces ententes de rémunération tout en simplifiant l'accès aux services aux professionnels de la santé et en utilisant des mesures de contrôle appropriées. L'atteinte de cet objectif passe par une révision des processus en s'appuyant sur les meilleures pratiques en organisation du travail, sur l'amélioration continue et sur la participation des employés à la définition de processus plus performants.

Indicateurs	Cibles	Résultats
Révision et optimisation des processus d'application des ententes	Mars 2010	Réalisé
Détermination des cibles pour les délais d'application des ententes	Mars 2011	Nouveau délai établi à 40 jours ouvrables dans 80 % des cas
Publication de la nouvelle offre de service	Mars 2011	Offre de service élaborée et diffusée

En 2010, la Régie a effectué des travaux d'optimisation des processus liés aux ententes de rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes de concert avec des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Les processus ont été révisés et de nouvelles façons de faire ont été mises en place : plus d'une trentaine d'outils et de méthodes de travail ont été élaborés ou améliorés. Soulignons que le déploiement du processus optimisé a permis à la Régie d'améliorer sa productivité de 34 % en 2010-2011.

En renouvelant son offre de service aux médecins omnipraticiens et aux médecins spécialistes, la Régie a établi les délais qu'elle compte respecter lors de l'implantation des modifications ou des amendements apportés aux ententes de rémunération. Cette nouvelle offre de service a été diffusée auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Objectif 4
Revoir la gestion des programmes confiés, de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux

Les programmes d'aides techniques

La Régie administre des programmes d'aide permettant à des personnes aux prises avec des limitations fonctionnelles, des pertes d'intégrité physique ou des maladies chroniques de se procurer les aides techniques ou les fournitures médicales requises par leur état et ainsi d'améliorer leur qualité de vie et leurs possibilités d'intégration sociale. La Régie assume le coût des aides, des appareils et des services rendus dans le cadre de ces programmes.

La Régie veut répondre à une demande croissante d'aides techniques et réduire le délai moyen de paiement, notamment par des services en ligne pour traiter les demandes de paiement et par l'automatisation d'un grand nombre de transactions. Plus particulièrement, elle veut améliorer les modes de fonctionnement de quatre programmes : les aides auditives, les appareils suppléant à une déficience physique, les aides visuelles et les prothèses oculaires.

Indicateur	Cible	Résultat
Pour les dispensateurs d'aides techniques • Disponibilité de services en ligne pour la facturation	1 nouveau service en ligne Mars 2011	Service mis en ligne le 15 mars 2011

Le 15 mars 2011, la Régie a mis en ligne un service pour le programme d'aides auditives qui permet la transmission automatisée des demandes de paiement, élimine l'envoi systématique de pièces justificatives, optimise l'organisation du travail et, conséquemment, assure un traitement des demandes et un paiement plus rapides. Un plan de contrôle assure que les services ont été effectivement rendus et sont conformes à la réglementation et aux ententes.

La Régie a également complété l'analyse des cadres législatif et réglementaire des programmes d'aides techniques et poursuit les travaux liés au développement des autres phases du service en ligne.

Le Dossier de santé du Québec

Orientation 2
Rendre accessible aux professionnels autorisés une information clinique sécurisée

Axe d'intervention
Le déploiement du Dossier de santé du Québec

Le Dossier de santé du Québec (DSQ) est un ensemble de composantes informatiques et de fonctions conçues pour faciliter l'accès fiable et en temps opportun à des renseignements de santé pour soutenir le continuum des soins et le cheminement des citoyens dans le système de santé. Ces composantes et fonctions permettront aux professionnels autorisés, de façon sécuritaire et confidentielle, de consulter, à distance et selon leur profil d'accès, une information qui leur est essentielle pour fournir des services et donner des soins optimaux, compte tenu des antécédents médicaux de la personne.

Les bénéfices

Pour le citoyen, les bénéfices sont multiples : amélioration de la qualité de l'évaluation clinique, diminution des délais pour la détermination des plans de soins et réduction des risques d'effets secondaires liés à des interactions médicamenteuses. Pour les professionnels de la santé, cet accès à une gamme élargie de données cliniques augmente la rapidité et l'efficacité des interventions en plus d'améliorer la prise de décision clinique ainsi que la justesse et la sûreté de la prescription de médicaments.

Objectif 5
Assurer des services d'identification des intervenants et des usagers, ainsi que la mise en place et le fonctionnement des services d'accès au profil pharmacologique des patients

Depuis les débuts du projet Dossier de santé du Québec, la Régie travaille à la mise au point de certaines de ses composantes. Initialement, la contribution de la Régie couvrait les services du domaine du médicament (soit le profil pharmacologique des usagers et le service d'ordonnance électronique), les services des registres pour l'identification des usagers et des intervenants, et des services de sécurité.

Cependant, depuis juin 2010, à la suite d'une entente avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Régie prend graduellement en charge des responsabilités additionnelles. Elle s'est ainsi vu confier les responsabilités récurrentes de mettre en œuvre, d'exploiter et de faire évoluer les fonctions et composantes qu'elle développe. Elle s'est aussi vu confier la responsabilité de composantes que d'autres organisations sont en train de mettre au point et qui sont requises pour le bon fonctionnement et la performance du Dossier de santé du Québec, telles que la gestion du consentement et le logiciel de visualisation qui permet la consultation des données du Dossier de santé du Québec.

Cette année, la Régie a mis au point les solutions d'affaires et les solutions technologiques attendues, notamment les services prévus au Registre des usagers et le Registre des intervenants, incluant les mécanismes d'alimentation automatisée à partir des ordres professionnels.

Toutefois, certaines cibles initialement définies dans le Plan stratégique 2009-2013 ont dû subir des modifications, en raison notamment de la révision de la stratégie et du calendrier global du projet Dossier de santé du Québec et du déploiement de ses composantes. En outre, dans le cas particulier des services du profil pharmacologique et de l'ordonnance électronique de médicaments, le report des cibles s'explique par le temps requis pour s'assurer, de concert avec les pharmaciens propriétaires, les médecins participants et leurs fournisseurs, que les services mis en opération soutiennent adéquatement le cycle complet des actes posés par les professionnels de la santé (accéder au profil, prescrire, récupérer et traiter l'ordonnance, mettre à jour le profil) et qu'ils s'intègrent dans leurs processus de travail, ainsi que pour convenir des modalités appropriées d'implication des parties prenantes.

Indicateurs	Cibles	Résultats
Ordonnance électronique de médicaments transmise aux pharmaciens	Mars 2010	Cible reportée
Mécanisme de mise à jour des données d'identification au Registre des usagers et de diffusion au réseau de la santé et des services sociaux		Réalisé / mai 2010
Registre d'identification des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux		Réalisé / novembre 2010
Registre d'identification des établissements et des lieux de dispensation des soins de santé associés au DSQ		Maintien d'une solution transitoire
Attribution d'un numéro d'identification unique aux nouveau-nés et aux personnes non assurées pour inscription au Registre des usagers	Mars 2011	Réalisé / novembre 2010
Profil pharmacologique élargi avec les renseignements provenant des établissements publics		Cible reportée
Mécanisme d'authentification des intervenants « SécurSanté » simplifié et optimisé		Les allégements de processus seront complétés en avril 2011.

La gestion interne

Orientation 3
Soutenir la mobilisation et l'engagement des personnes dans l'évolution de l'organisation

Axe d'intervention
Les ressources humaines

Les ressources humaines occupent une place centrale dans les choix stratégiques de la Régie, puisqu'elles conditionnent directement sa performance organisationnelle et les bénéfices que les citoyens en retirent. Guidée par son engagement à l'égard de la qualité de sa prestation de services aux citoyens, la Régie apporte une attention constante et un soin particulier au maintien d'un environnement de travail favorisant la mobilisation de son personnel. Consciente des défis que relèvent quotidiennement ses employés, elle demeure à l'affût des meilleures pratiques en matière de gestion des ressources humaines.

Objectif 6
Offrir un milieu de travail valorisant et mobilisateur, afin de soutenir le développement continu des compétences nécessaires à l'évolution des services

L'attraction, la rétention et la mobilisation du personnel ainsi que l'ajustement continu des compétences à l'évolution de la prestation de services représentent les éléments clés d'une stratégie qui concerne tous les gestionnaires. Un climat de travail sain et un bon état de santé sont indispensables pour soutenir et retenir le personnel dans une organisation en changement.

Indicateurs	Cibles	Résultats
Satisfaction du personnel Première mesure et détermination des cibles d'amélioration	Décembre 2009	Réalisé
Adoption d'un plan d'action en gestion des ressources humaines	Juin 2010	Réalisé
Implantation de la norme Entreprise en santé	Juin 2011	
Satisfaction du personnel Deuxième mesure	Mars 2013	

En 2010-2011, la Régie a consolidé son engagement à l'égard du soutien à la mobilisation des personnes en mettant en place une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail. Inspirée de la norme *Entreprise en santé* élaborée par le Bureau de normalisation du Québec, la démarche *Qualité de vie au travail* vise à mettre en œuvre des actions pour favoriser la qualité de vie au travail au regard de quatre sphères d'activité : les pratiques de gestion, la promotion de saines habitudes de vie, l'environnement de travail et l'équilibre travail-vie personnelle.

La démarche est soutenue par les travaux du comité *Entreprise en santé*, dont le rôle consiste à cerner les actions pouvant favoriser la santé et la qualité de vie au travail du personnel de la Régie. Ces travaux ont mené à l'adoption d'un plan d'action en gestion des ressources humaines le 14 juin 2010. Depuis l'adoption du plan, la Régie a procédé à la mise en place de la Politique sur la qualité de vie au travail du personnel et d'un cadre de référence en matière de reconnaissance, à la mise en ligne d'une section intranet sur la qualité de vie au travail et au lancement d'un programme incitant les employés à miser sur l'activité physique et leur mise en forme.

À titre d'acteur important dans le domaine de la santé au Québec, la Régie est convaincue que la démarche *Qualité de vie au travail* produira des bénéfices importants tant pour la mobilisation du personnel que pour l'accomplissement de sa mission.

Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance, incluant l'étalonnage

La Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (L.R.Q., c. G-1.02) précise au paragraphe 15 de l'article 15 que le conseil d'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec doit adopter « des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance de la société incluant l'étalonnage avec des entreprises similaires; ces mesures sont réalisées tous les trois ans par le Vérificateur général ou, si ce dernier le juge approprié, par une firme indépendante, et après en avoir informé le conseil d'administration ». Une entente a été signée par le président du conseil d'administration et le Vérificateur général du Québec afin de préciser les mesures retenues, mesures que le conseil d'administration a adoptées en juin 2009. Ces dernières visent l'appréciation de l'accomplissement des mandats de la Régie, de l'atteinte de ses objectifs stratégiques, du coût de ses produits ou services finaux importants, du respect de ses engagements de services aux citoyens, du degré de satisfaction de la clientèle et de l'atteinte de ses objectifs en matière de développement durable. Le tableau ci-dessous présente les mesures d'évaluation déterminées ainsi que les documents de suivi présentés au conseil d'administration ou à ses comités, la date du dernier dépôt de ces documents et la fréquence du suivi effectué.

MESURES D'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ ET DE LA PERFORMANCE ADOPTÉES PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Fonctions et mandats	Mesures d'évaluation	Suivi	Étalonnage	Documents de suivi[10]	Date de dépôt	Fréquence
Information du public	Connaissance du régime public d'assurance médicaments	X		Rapport de sondage	Mars 2011	Annuelle
				Rapport annuel de gestion	Juin 2010	Annuelle
				Suivi du Plan d'action corporatif 2009-2013	Déc. 2010	Semestrielle
Contrôle de l'admissibilité des personnes	Suivi de l'atteinte des objectifs 1 et 2 du Plan stratégique 2009-2013	X		Rapport annuel de gestion	Juin 2010	Annuelle
				Suivi du Plan d'action corporatif 2009-2013	Déc. 2010	Semestrielle
Contrôle de la rémunération des professionnels de la santé et autres dispensateurs	Suivi de l'atteinte des objectifs 3 et 4 du Plan stratégique 2009-2013	X		Rapport annuel de gestion	Juin 2010	Annuelle
				Suivi du Plan d'action corporatif 2009-2013	Déc. 2010	Semestrielle
Gestion des risques majeurs	Suivi du plan de gestion des risques majeurs	X		Politique générale de gestion des risques majeurs	Mars 2010	Adoptée
				Cadre de gestion intégrée des risques	Mai 2010	Adopté
				Plan de gestion intégrée des risques majeurs	Nov. 2010	Semestrielle
Gestion des ressources humaines	Maintien de la capacité organisationnelle	X		Rapport annuel de gestion	Juin 2010	Annuelle
				Suivi du Plan d'action corporatif 2009-2013	Déc. 2010	Semestrielle
				Rapport sur la satisfaction du personnel	Juin 2010	
Objectifs stratégiques	Suivi des objectifs du Plan stratégique 2009-2013	X		Rapport annuel de gestion	Juin 2010	Annuelle
				Suivi du Plan d'action corporatif 2009-2013	Déc. 2010	Semestrielle

10. Documents déposés au conseil d'administration ou à ses comités de gouvernance.

MESURES D'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ ET DE LA PERFORMANCE ADOPTÉES PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION (suite)

Fonctions et mandats	Mesures d'évaluation	Suivi	Étalonnage	Documents de suivi	Date de dépôt	Fréquence
Gestion et suivi budgétaires	Assurance maladie Coût de revient des principaux produits et services		X	Mise à jour de l'étude de performance comparée réalisée en 2008	Fév. 2011	Annuelle
	Assurance médicaments Coût de revient des principaux produits et services		X			
	Suivi des grands projets	X		Plan de gestion intégrée des investissements (PGII)	Déc. 2010	3 fois/année
Engagements de services aux citoyens	Services au comptoir	X	X	Rapport annuel de gestion	Juin 2010	Annuelle
	Délivrance de la carte d'assurance maladie	X	X	Suivi de la Déclaration de services aux citoyens	Mars 2011	Trimestrielle
	Service téléphonique	X	X			
	Autres éléments de la Déclaration de services aux citoyens	X		Rapport du Commissaire aux plaintes	Déc. 2010	Annuelle
Satisfaction des clientèles	Assurance maladie Satisfaction globale		X	Mise à jour de l'étude de performance comparée réalisée en 2008	Fév. 2011	Annuelle
				Sondages clientèles : - Plaintes - Spécialistes	Mai 2010 Déc. 2009	Récurrente
	Assurance médicaments Satisfaction globale		X	Mise à jour de l'étude de performance comparée réalisée en 2008	Fév. 2011	Annuelle
				Sondages clientèles : - Plaintes - Spécialistes	Mai 2010 Déc. 2009	Récurrente
Objectifs de développement durable	Suivi des objectifs du Plan d'action de développement durable 2009-2013	X		Rapport annuel de gestion	Juin 2010	Annuelle

L'ÉTALONNAGE

Depuis 2008, la Régie a mené d'importants travaux d'étalonnage de sa performance administrative. Ces travaux ont permis de valider la méthodologie, de cibler certaines organisations comparables, d'évaluer la disponibilité et la qualité de l'information recueillie ainsi que les efforts requis pour obtenir les précisions nécessaires à la comparaison.

En 2008-2009, la Régie avait confié à l'Observatoire de l'administration publique de l'École nationale d'administration publique (ENAP) le mandat d'effectuer une étude comparative portant sur la gestion des programmes d'assurances maladie et médicaments. L'objectif était de situer la performance de la Régie quant à la gestion de ces deux programmes par rapport à celle de programmes similaires de cinq organisations sélectionnées. L'étude reposait sur quatre caractéristiques principales : une comparaison internationale et interprovinciale, une comparaison avec un minimum de trois organisations pour chaque indicateur, une série chronologique d'au moins trois années et la présentation des données les plus récentes. Afin de respecter ces critères, trois groupes d'indicateurs ont été retenus pour comparaison : les frais d'administration, la satisfaction de la clientèle et l'accessibilité et les délais de service. Ces indicateurs correspondent à plusieurs des éléments de la mesure de la performance ciblés par l'entente entre le président du conseil d'administration de la Régie et le Vérificateur général du Québec. L'étude a permis de conclure qu'une comparaison de la performance administrative de la Régie est possible et qu'elle rejoint les attentes exprimées par le Vérificateur général du Québec.

En 2010-2011, la Régie a mandaté l'Observatoire de l'administration publique de l'ENAP pour mettre à jour l'étude effectuée en 2008-2009. L'analyse porte sur les programmes d'assurances maladie et médicaments pour les années financières 2007-2008 et 2008-2009 ainsi que sur leur évolution par rapport à l'étude antérieure basée sur les années 2004-2005 à 2006-2007. Malgré le fait que certaines données ou que des paramètres exacts de données recueillies sur l'une ou l'autre des organisations étudiées n'étaient pas disponibles au moment de l'étude, le rapport permet de constater, avec un degré de précision raisonnable, que la Régie affiche une performance au moins équivalente, pour la plupart des indicateurs analysant la gestion des programmes d'assurances maladie et médicaments. Au chapitre des priorités d'action pour l'exercice 2011-2012, la Régie entend élargir les domaines de comparaison et améliorer les façons de faire en matière d'étalonnage. En particulier, le recours à la comptabilité par activités lui permettra d'ajuster ses données financières selon les services rendus par les différentes organisations.

La Régie participe également au groupe de travail sur l'étalonnage formé au Centre d'expertise des grands organismes. Ce groupe vise la réalisation d'un projet pilote d'étalonnage au sein des sept grands organismes du gouvernement du Québec. Il doit ainsi proposer une démarche, un cadre de référence et des moyens pour conduire un exercice d'étalonnage portant en premier lieu sur les engagements relatifs aux services téléphoniques offerts à la clientèle. En 2010-2011, ce projet pilote, amorcé en 2009-2010, s'est poursuivi, et d'autres travaux sont prévus pour 2011-2012.

LA GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

Le changement et l'incertitude sont constants dans le monde d'aujourd'hui. Pour pouvoir traiter l'incertitude de manière stratégique et veiller à ce que les meilleures décisions soient prises, les organisations doivent intégrer des pratiques de gestion du risque. Ces pratiques doivent aussi permettre de déterminer les occasions d'améliorer les services offerts au public.

Les organisations qui pratiquent efficacement une gestion intégrée du risque ont une probabilité plus élevée d'atteindre leurs objectifs et d'obtenir les résultats escomptés, tout en réduisant les pertes et les effets négatifs. Son application ne cherche pas uniquement à atténuer ou à éliminer les risques, mais aussi à les prendre en compte et à les contrôler de manière à favoriser de meilleurs rendements moyennant des risques jugés acceptables.

La gestion intégrée du risque offre ainsi à la Régie une probabilité plus élevée d'atteindre ses objectifs et les résultats visés, notamment dans son Plan stratégique 2009-2013 et sa Déclaration de services aux citoyens. 2010-2011 a été une année charnière dans la poursuite de l'implantation de la gestion intégrée des risques au sein de la Régie.

De la politique générale au cadre de gestion

Conformément à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, le conseil d'administration a d'abord adopté une nouvelle politique générale qui définit, à l'échelle de l'organisation, la portée de la gestion intégrée des risques et précise les rôles et les responsabilités propres aux différentes instances de gestion. Cette politique énonce clairement que la Régie gère ses risques dans le respect de ses règles d'éthique et de ses valeurs, afin de préserver et de renforcer la confiance des citoyens envers l'intégrité et l'impartialité de son personnel et afin de maintenir des services de qualité.

La Régie a ensuite mis en place un cadre de gestion intégrée des risques qui établit une démarche commune, cohérente et coordonnée dans l'ensemble de la Régie. Il est constitué d'un ensemble structuré de renseignements et de directives sur les concepts, la méthode, le processus, la structure de gestion et d'imputabilité, ainsi que sur l'importance de la formation continue et de la communauté des pratiques. S'appuyant sur ce cadre de gestion, la Régie a finalement passé en revue l'ensemble de ses processus clés pour cerner et évaluer, par vice-présidence, les risques opérationnels qui peuvent leur être associés.

Le Plan d'action 2010-2012 à l'égard des risques majeurs

Des travaux ont également permis de mettre à jour un certain nombre de risques qualifiés de majeurs. Un risque est considéré comme majeur lorsqu'il peut compromettre l'atteinte d'un ou plusieurs objectifs stratégiques, ou affecter de façon significative les citoyens, les services à la clientèle, le fonctionnement ou la réputation de la Régie.

En vertu de critères propres à la zone d'impact du risque et au degré de tolérance de la Régie, cinq risques ont été jugés majeurs par le comité de régie interne et font l'objet du Plan d'action 2010-2012 à l'égard des risques majeurs. Voici une brève description de ces cinq risques majeurs.

Risque 1 : La qualité et la continuité des services

La capacité organisationnelle de la Régie à assurer la qualité et la continuité des services à ses clientèles est soumise à un risque qui couvre trois aspects interdépendants : les ressources humaines, les volumes d'activités et les technologies. Ce risque peut avoir des conséquences aux niveaux organisationnel et sectoriel et pourrait affecter plusieurs clientèles, par exemple, par une prolongation des délais et/ou par des erreurs affectant la justesse des paiements ou d'autres services offerts. Des mesures de contrôle additionnelles ont été jugées nécessaires soit pour réduire le risque, soit pour en atténuer les conséquences.

Risque 2 : La protection des renseignements personnels

La Régie détient une quantité très importante de données confidentielles sur l'ensemble des citoyens, situation qui l'expose à un risque potentiellement élevé en matière de protection des renseignements personnels. Considérant que sa tolérance à l'égard de ce type de risque est nulle, la Régie a renforcé les mesures et les dispositifs de contrôle qu'elle a mis en place pour assurer cette protection.

Risque 3 : Les manquements au droit à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments

L'accès au droit à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments comporte des risques de manquements habituellement associés à la gestion des grands programmes sociaux. Il peut se matérialiser de plusieurs façons : la fraude relative à l'identité dans les services aux personnes assurées, l'obtention illégale du droit à l'assurance maladie ou la non-conformité des inscriptions à l'assurance médicaments. Les conséquences possibles de ce risque peuvent être individuelles et collectives, aussi l'action de la Régie est nécessaire non seulement pour accompagner ses clients mais aussi pour freiner les pratiques illégales ou les situations administrativement non conformes.

Risque 4 : L'évolution des technologies de l'information en lien avec les besoins d'affaires de la Régie

Le volume de la prestation des services et la gestion des importantes banques de données qui lui sont associées, rendent la performance de la Régie étroitement liée à l'évolution des technologies de l'information. Cette dimension technologique du changement peut rendre vulnérable la stabilité de ses opérations et entraîner une dégradation de la prestation des services aux citoyens. La vigilance est nécessaire pour planifier et mettre en œuvre des choix responsables et efficaces.

Risque 5 : La contribution accrue de la Régie au Dossier de santé du Québec

Plusieurs facteurs liés au cadre de gouvernance, aux technologies ou à la capacité organisationnelle de la Régie peuvent avoir une incidence sur l'implantation du Dossier de santé du Québec. Tant la qualité que le niveau de service doivent répondre aux attentes de la population et du gouvernement. Aussi la Régie doit-elle assurer aux projets dont elle a la charge des conditions optimales de réussite.

SECTION 3

L'application de certaines politiques gouvernementales

Cette section comporte des renseignements visant à satisfaire aux exigences législatives et gouvernementales en matière de reddition de comptes publique à l'égard de l'accès à l'égalité en emploi, du développement durable, de l'emploi et de la qualité de la langue française dans l'Administration et du financement des services publics. Elle expose aussi les actions que la Régie a accomplies relativement à la protection des renseignements personnels et à la sécurité de l'information. La section se termine par les mesures prises pour répondre aux recommandations du Vérificateur général du Québec.

Accès à l'égalité en emploi 57

Développement durable 61

Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration 66

Financement des services publics 67

Protection des renseignements personnels et sécurité de l'information 69

Suites données aux recommandations du Vérificateur général du Québec 71

Risque 2 : La protection des renseignements personnels

La Régie détient une quantité très importante de données confidentielles sur l'ensemble des citoyens, situation qui l'expose à un risque potentiellement élevé en matière de protection des renseignements personnels. Considérant que sa tolérance à l'égard de ce type de risque est nulle, la Régie a renforcé les mesures et les dispositifs de contrôle qu'elle a mis en place pour assurer cette protection.

Risque 3 : Les manquements au droit à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments

L'accès au droit à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments comporte des risques de manquements habituellement associés à la gestion des grands programmes sociaux. Il peut se matérialiser de plusieurs façons : la fraude relative à l'identité dans les services aux personnes assurées, l'obtention illégale du droit à l'assurance maladie ou la non-conformité des inscriptions à l'assurance médicaments. Les conséquences possibles de ce risque peuvent être individuelles et collectives, aussi l'action de la Régie est nécessaire non seulement pour accompagner ses clients mais aussi pour freiner les pratiques illégales ou les situations administrativement non conformes.

Risque 4 : L'évolution des technologies de l'information en lien avec les besoins d'affaires de la Régie

Le volume de la prestation des services et la gestion des importantes banques de données qui lui sont associées, rendent la performance de la Régie étroitement liée à l'évolution des technologies de l'information. Cette dimension technologique du changement peut rendre vulnérable la stabilité de ses opérations et entraîner une dégradation de la prestation des services aux citoyens. La vigilance est nécessaire pour planifier et mettre en œuvre des choix responsables et efficaces.

Risque 5 : La contribution accrue de la Régie au Dossier de santé du Québec

Plusieurs facteurs liés au cadre de gouvernance, aux technologies ou à la capacité organisationnelle de la Régie peuvent avoir une incidence sur l'implantation du Dossier de santé du Québec. Tant la qualité que le niveau de service doivent répondre aux attentes de la population et du gouvernement. Aussi la Régie doit-elle assurer aux projets dont elle a la charge des conditions optimales de réussite.

SECTION 3

L'application de certaines politiques gouvernementales

Cette section comporte des renseignements visant à satisfaire aux exigences législatives et gouvernementales en matière de reddition de comptes publique à l'égard de l'accès à l'égalité en emploi, du développement durable, de l'emploi et de la qualité de la langue française dans l'Administration et du financement des services publics. Elle expose aussi les actions que la Régie a accomplies relativement à la protection des renseignements personnels et à la sécurité de l'information. La section se termine par les mesures prises pour répondre aux recommandations du Vérificateur général du Québec.

Accès à l'égalité en emploi 57

Développement durable 61

Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration 66

Financement des services publics 67

Protection des renseignements personnels et sécurité de l'information 69

Suites données aux recommandations du Vérificateur général du Québec 71

Accès à l'égalité en emploi

Le gouvernement du Québec s'est donné des objectifs pour promouvoir l'intégration des personnes issues de différents groupes afin que la diversité de la société québécoise soit reflétée au sein de la fonction publique. Pour atteindre ces objectifs, il a préconisé des programmes d'accès à l'égalité en emploi des membres de communautés culturelles, des autochtones, des anglophones et des femmes ainsi qu'un plan d'embauche pour les personnes handicapées.

DONNÉES GLOBALES

EFFECTIF DE LA RÉGIE AU 31 MARS 2011

	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Nombre d'employés réguliers	1 128	1 099	1 094

EMBAUCHE AU COURS DE LA PÉRIODE 2010-2011

	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires	Total
Nombre de personnes embauchées	82	152	107	16	357

LES MEMBRES DE COMMUNAUTÉS CULTURELLES, AUTOCHTONES, ANGLOPHONES ET PERSONNES HANDICAPÉES

Les taux calculés dans les tableaux suivants ne prennent en considération que les personnes ayant consenti à déclarer leur appartenance à un des groupes cibles lors de l'embauche.

TAUX D'EMBAUCHE DES MEMBRES DES GROUPES CIBLES EN 2010-2011

	Embauche totale 2010-2011	Nombre d'embauches					Taux d'embauche
		Membres de communautés culturelles	Autochtones	Anglophones	Personnes handicapées	Total	
Réguliers	82	6	-	3	1	10	12,2 %
Occasionnels	152	14	1	-	4	19	12,5 %
Étudiants	107	7	1	-	-	8	7,5 %
Stagiaires	16	3	-	-	-	3	18,8 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

TAUX D'EMBAUCHE GLOBAL DES MEMBRES DES GROUPES CIBLES PAR STATUT D'EMPLOI : RÉSULTATS COMPARATIFS

	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires
2008-2009	14,1 %	13,8 %	13,8 %	13,3 %
2009-2010	18,9 %	27,4 %	22,4 %	21,7 %
2010-2011	12,2 %	12,5 %	7,5 %	18,8 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ DES MEMBRES DES GROUPES CIBLES AU SEIN DE L'EFFECTIF RÉGULIER[11] : RÉSULTATS PAR CATÉGORIE D'EMPLOI À LA FIN MARS 2011

	Personnel d'encadrement		Personnel professionnel		Personnel technicien		Personnel de bureau		Personnel ouvrier		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Communautés culturelles	-	-	11	1,0	26	2,4	9	0,8	-	-	46	4,2
Autochtones	-	-	3	0,3	–	–	1	0,1	-	-	4	0,4
Anglophones	-	-	2	0,2	6	0,5	3	0,3	-	-	11	1,0
Personnes handicapées	-	-	4	0,4	5	0,5	6	0,5	-	-	15	1,4

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ DES MEMBRES DES GROUPES CIBLES AU SEIN DE L'EFFECTIF RÉGULIER : RÉSULTATS COMPARATIFS À LA FIN DE MARS DE CHAQUE ANNÉE[12]

	2008-2009		2009-2010		2010-2011	
	Nombre d'employés réguliers	Taux de représentativité	Nombre d'employés réguliers	Taux de représentativité	Nombre d'employés réguliers	Taux de représentativité
Communautés culturelles	40	3,5 %	45	4,1 %	46	4,2 %
Autochtones	3	0,3 %	4	0,4 %	4	0,4 %
Anglophones	8	0,7 %	9	0,8 %	11	1,0 %
Personnes handicapées	18	1,6 %	18	1,6 %	15	1,4 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

11. La Régie comptait 1 094 employés réguliers au 31 mars 2011.

12. La Régie comptait 1 128 employés réguliers au 31 mars 2009, 1 099 au 31 mars 2010 et 1 094 au 31 mars 2011.

LES FEMMES

TAUX D'EMBAUCHE DES FEMMES PAR STATUT D'EMPLOI EN 2010-2011

	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires	Total
Nombre total d'employés embauchés	82	152	107	16	357
Nombre de femmes embauchées	55	99	65	5	224
Taux d'embauche des femmes	67,1 %	65,1 %	60,7 %	31,3 %	62,7 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ DES FEMMES PARMI LES EMPLOYÉS RÉGULIERS PAR CATÉGORIE D'EMPLOI À LA FIN MARS 2011

	Président-directeur général et vice-présidents	Personnel d'encadrement	Personnel professionnel	Personnel technicien	Personnel de bureau	Personnel ouvrier	Total
Nombre total d'employés réguliers	5	68	503	364	153	1	1 094
Nombre de femmes ayant le statut d'employé régulier	2	40	262	265	128	-	697
Taux de représentativité des femmes	40,0 %	58,8 %	52 %	72,8 %	83,7 %	0 %	63,7 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

LES MESURES OU ACTIONS FAVORISANT L'EMBAUCHE, L'INTÉGRATION OU LE MAINTIEN EN EMPLOI

PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DE L'EMPLOYABILITÉ À L'INTENTION DES PERSONNES HANDICAPÉES (PDEIPH)

	Automne 2008 (cohortes 2009)	Automne 2009 (cohortes 2010)	Automne 2010 (cohortes 2011)
Nombre de projets soumis au Centre de services partagés du Québec dans le cadre du PDEIPH	0	4	2

	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Nombre de nouveaux participants au PDEIPH accueillis du 1er avril au 31 mars	2	0	3

Développement durable

L'article 17 de la Loi sur le développement durable précise que chaque ministère et organisme doit faire état, dans son rapport annuel de gestion, de l'état d'avancement et de l'atteinte des résultats relatifs à la mise en œuvre de son plan d'action.

Le Plan d'action de développement durable 2009-2013 de la Régie a été diffusé en avril 2009 conformément à la Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013. Afin d'arrimer le plan d'action au Plan stratégique 2009-2013, l'objectif 2 du plan d'action a été modifié en 2010-2011[13].

Objectif gouvernemental 1
Mieux faire connaître le concept et les principes de développement durable et favoriser le partage des expériences et des compétences en cette matière et l'assimilation des savoirs et savoir-faire qui en facilitent la mise en œuvre

Objectif organisationnel 1
Sensibiliser et informer le personnel de la Régie en matière de développement durable

Action 1.1
Mettre en œuvre des activités contribuant à la réalisation du Plan gouvernemental de sensibilisation et de formation des personnels de l'administration publique

Gestes	Suivis
Sensibiliser le personnel de la Régie	Réalisé Un module de sensibilisation en ligne a été diffusé auprès de l'ensemble des employés de la Régie entre le 23 février et le 31 mars 2011.
Élaborer un plan de formation pour la prise en compte des principes de développement durable	Débuté La Régie contribue à l'élaboration d'une formation en ligne sur la prise en compte des principes avec les membres du Centre d'expertise des grands organismes.

Cible et indicateur	Résultats de l'année
Proportion du personnel rejoint par les activités d'information et de sensibilisation, dont le taux de ceux ayant acquis une connaissance suffisante de la démarche pour la prendre en compte dans leurs activités courantes Cible : 80 % du personnel en 2011, dont 50 % ayant une connaissance suffisante de la démarche en 2013	Au 31 mars 2011, la Régie n'a pas été tenue de mesurer le pourcentage de personnel sensibilisé au sens du Bureau de coordination du développement durable. Cependant, 76 % du personnel régulier de la Régie a visionné le module de sensibilisation présentant la définition du développement durable, la démarche gouvernementale et le plan d'action de la Régie.

13. Le libellé original de l'objectif était « Favoriser la santé et la sécurité des personnes œuvrant à la Régie, et ce, dans un environnement sain » et celui de l'action, « Adopter des modes de gestion préventive en santé et en sécurité du travail ».

Objectif gouvernemental 4
Poursuivre le développement et la promotion d'une culture de la prévention et établir des conditions favorables à la santé, à la sécurité et à l'environnement

Objectif organisationnel 2
Offrir un milieu de travail valorisant et mobilisateur

Action 2.1
Implantation de la norme Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail

Geste	Suivi
Adopter un plan d'action en gestion des ressources humaines	Réalisé

Cible et indicateur	Résultats de l'année
Norme implantée Cible : Juin 2011	Le Plan d'action en gestion des ressources humaines adopté en juin 2010 a été élaboré en fonction des exigences de la norme *Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail*. L'adoption de ce plan d'action témoigne de l'engagement formel de la Régie à mettre en place des mesures favorisant la qualité de vie au travail. Pour le détail des différentes initiatives menées à bien en 2010-2011 quant à la mise en œuvre du Plan d'action en gestion des ressources humaines, veuillez vous référer à la section portant sur les résultats du Plan stratégique 2009-2013.

Objectif gouvernemental 6
Appliquer des mesures de gestion environnementale et une politique d'acquisitions écoresponsables au sein des ministères et des organismes gouvernementaux

Objectif organisationnel 3
Développer et appliquer des mesures de gestion environnementale et d'acquisitions écoresponsables

Action 3.1
Se doter d'un cadre de gestion environnementale contribuant à l'atteinte des objectifs nationaux de gestion environnementale

Geste	Suivi
Effectuer une analyse environnementale des activités de la Régie	En cours

Cible et indicateur	Résultats de l'année
État d'avancement Cible : Cadre de gestion adopté en 2010	En 2010-2011, la Régie a accompli des activités nécessaires à l'élaboration d'un cadre de gestion environnementale telles que la constitution d'un état de situation exhaustif sur les différentes initiatives prises ces dernières années. Des travaux se poursuivent afin d'évaluer les zones d'amélioration potentielles. Ainsi, l'adoption du cadre de gestion environnementale de la Régie est reportée d'une année.

Action 3.2
Mettre en œuvre des pratiques et des activités contribuant aux dispositions de la Politique pour un gouvernement écoresponsable

Gestes	Suivis
Les biens et les services	
Considérer les caractéristiques écoénergétiques et environnementales reconnues lors de l'acquisition de biens et de services	En continu En 2009-2010, la Régie a adopté une politique d'acquisition de biens et services. Dans ce contexte, elle a expédié pour réutilisation 694 micro-ordinateurs portables et moniteurs désuets à l'organisme Ordinateurs pour les écoles du Québec.
Encourager les spécifications liées au développement durable et à l'environnement dans les appels d'offres	En continu Lors de l'acquisition de micro-ordinateurs, de portables et de moniteurs, les normes EPEAT (Electronic Product Environmental Assessment Tools) ont été intégrées à l'appel d'offres. La spécification EPEAT Gold a été respectée pour l'ensemble des micro-ordinateurs, un type de portable et les moniteurs. La spécification EPEAT Silver a été respectée pour un second type de portable.
Acheter pour l'usage des employés au moins 80 % de papier fin entièrement recyclé contenant au moins 30 % de fibres postconsommation	En continu 100 % du papier acheté est recyclé, dont 84 % est entièrement recyclé et contient 100 % de fibres postconsommation et 16 % est entièrement recyclé et contient 30 % de fibres postconsommation.
Les technologies de l'information	
Considérer les caractéristiques écoénergétiques et environnementales reconnues lors de l'acquisition de matériel informatique	En continu Des caractéristiques précises ont été observées dans le cadre d'un appel d'offres pour des micro-ordinateurs, moniteurs et portables.
Sensibiliser les employés aux bénéfices écologiques et financiers d'une diminution du nombre de photocopies	En continu
Les immeubles destinés à l'exercice des activités publiques	
Réduire la consommation d'eau au siège social en 2009-2010	Réalisé Une nouvelle initiative a également été mise en place. Elle consiste à récupérer l'eau de pluie afin d'arroser les plantes et fleurs situées à l'arrière de l'édifice du siège social.
Favoriser le réemploi et le recyclage des matériaux dans les projets de construction et d'aménagement	En continu Deux contrats ont été préparés pour des projets de construction en 2010-2011. L'un des deux contrats intégrait ces préoccupations.

Poursuivre les efforts de récupération multimatière dans les locaux occupés par la Régie	En continu Sur 26 étages occupés par la Régie, 15 sont toujours équipés de contenants pour la récupération multimatière (78 % du personnel). Deux nouvelles initiatives ont également été prises en 2010-2011 : • Récupération du cerclage de plastique provenant de l'imprimerie qui ne pourrait autrement être recyclé lorsque mélangé avec d'autres matières; • Insertion de séparateurs en carton dans les caisses de lettres accompagnant la carte d'assurance maladie expédiées au Centre de services partagés du Québec aux fins de réutilisation.
Poursuivre l'implantation de la collecte des matières compostables au siège social, en partenariat avec la Ville de Québec	En continu La collecte des matières compostables est graduellement implantée depuis 2010. Environ 5 contenants remplis de matières compostables sont recueillis chaque semaine, représentant un volume annuel de 325 m³.
Le transport et les déplacements des employés de l'État	
Contribuer à l'atteinte des cibles gouvernementales notamment en matière de réduction des gaz à effet de serre, de réduction de la consommation de carburant, etc.	En continu La Régie contribue à l'atteinte de la cible gouvernementale de réduction de la consommation de carburant lors des déplacements.
Les projets de construction	
Privilégier l'utilisation des meilleures pratiques et des meilleurs produits pour l'environnement	Non débuté
Autre	
Maintenir les activités de valorisation des aides techniques	En continu 35 % des appareils suppléant à une déficience physique ont été valorisés.

Cible et indicateur	Résultats de l'année
Nombre de pratiques ou d'activités mises en œuvre Cible : Avoir mis en œuvre le nombre de mesures recommandées par les dispositions de la politique en mars 2013	En 2010-2011, la Régie a posé plusieurs gestes et adopté plusieurs pratiques écoresponsables recommandés par le Bureau de coordination du développement durable. Les différentes initiatives organisationnelles prises dans le cadre du Plan d'action de développement durable 2009-2013 démontrent l'engagement de la Régie envers la politique administrative pour un gouvernement écoresponsable.

LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES

La Régie a toujours été soucieuse de réduire les impacts environnementaux de ses activités. Cette volonté se traduit notamment par la mise en œuvre de gestes concrets dans le cadre de l'objectif 3 de son Plan d'action de développement durable 2009-2013. Par ailleurs, comme prévu dans le Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, la Régie évalue annuellement deux pratiques : la consommation de carburant lors des déplacements d'affaires (véhicules en location) et l'efficacité énergétique du bâtiment dont elle est propriétaire. Ces données sont transmises à l'Agence de l'efficacité énergétique dans le but de dresser le bilan énergétique du Québec.

La Régie vise, en 2011-2012, à élaborer un cadre de gestion environnementale qui évaluera notamment les conséquences de ses activités sur l'environnement afin d'en réduire les impacts négatifs. Les déplacements d'affaires ainsi que l'efficacité énergétique sont des thèmes qui pourront ainsi être examinés afin de définir des mesures de réduction de la consommation de carburant et d'électricité.

Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration

Le gouvernement a démontré l'importance qu'il accorde à la promotion de la langue officielle du Québec en adoptant la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration. Cette politique datant de novembre 1996 a été mise à jour en mars 2011 afin de refléter l'évolution des technologies de l'information et des communications. Cette nouvelle politique réaffirme les grands principes qui l'ont fondée. Selon cette politique, chaque ministère et organisme doit adopter une politique linguistique qui s'harmonise avec sa mission et ses caractéristiques propres.

Entrée en vigueur en décembre 2001, la politique linguistique de la Régie tient compte des orientations établies par le gouvernement. Elle a pour but d'orienter l'ensemble du personnel quant à l'application des règles à respecter relativement à l'usage du français, conformément aux dispositions prévues dans la Charte de la langue française. En 2011-2012, la Régie entend mettre à jour sa politique linguistique afin de l'harmoniser à la nouvelle politique gouvernementale.

La qualité de la langue française demeure une préoccupation à la Régie. En effet, comme l'indique sa politique linguistique, les textes destinés à une clientèle externe font l'objet d'une révision. Des dictionnaires en ligne sont, de surcroît, accessibles sur la page d'accueil du site intranet.

Les échanges portant sur la langue de communication de la Régie avec sa clientèle, notamment avec les nouveaux arrivants, se sont poursuivis avec des représentants du Secrétariat à la politique linguistique et de l'Office québécois de la langue française. Des travaux de réflexion et d'analyse sont en cours afin de réviser, le cas échéant, certaines des pratiques de la Régie pour qu'elles traduisent davantage le fait que le français est la langue officielle du Québec.

Un rappel a été fait en novembre 2010 au personnel du Centre de relations avec la clientèle des personnes assurées concernant l'importance de la politique linguistique de la Régie et les mesures à appliquer dans la prestation de services.

Financement des services publics

Dans le cadre du budget 2009-2010, le gouvernement a rendu publique la Politique de financement des services publics. Elle vise, par de meilleures pratiques tarifaires, à améliorer le financement des services pour en maintenir la qualité et à s'assurer de la transparence et de la reddition de comptes du processus tarifaire des ministères et organismes.

Cette politique prévoit que les ministères et organismes doivent, pour l'exercice 2010-2011, inclure dans leur rapport annuel de gestion une reddition de comptes sur la tarification des biens et des services qu'ils fournissent à la population et aux entreprises.

Le tableau ci-dessous présente les services rendus par type de clientèle. Pour chacun, on trouve les revenus de tarification perçus, les coûts et le niveau de financement atteint pour 2010-2011 ainsi que le niveau de financement visé pour 2011-2012.

Services rendus aux personnes assurées	Revenus 2010-2011 (000 $)	Coûts 2010-2011 (000 $)	% financement 2010-2011	% financement visé pour 2011-2012
Remplacement de la carte d'assurance maladie perdue, volée ou endommagée et renouvellement de la carte d'assurance maladie expirée depuis plus de six mois	2 272 $	3 476 $	65 %	70 %
Prise de photo	870 $	1 177 $	74 %	88 %
Total des services rendus aux personnes assurées	**3 142 $**	**4 653 $**		

Pour les services rendus aux personnes assurées, la dernière révision tarifaire date de 2001. La Régie a implanté depuis 2007 un système de gestion par activités permettant d'avoir une meilleure connaissance des coûts. Ainsi, une révision tarifaire demandant une modification réglementaire est en cours, et sera basée sur les coûts complets des biens et services. Les modes d'indexation des tarifs seront précisés dans le règlement. Les niveaux de financement visés pour 2011-2012 sont fixés à 70 % et 88 % respectivement.

Services rendus aux professionnels de la santé et aux dispensateurs de services	Revenus 2010-2011 (000 $)	Coûts 2010-2011 (000 $)	% financement 2010-2011	% financement visé pour 2011-2012
Formulaires, manuels, saisie de demandes de paiement papier des médecins et recherche de renseignements ou copie de documents	493 $	492 $	100 %	100 %
Gestion des comptes administratifs	152 $	Non matériel		
Total des services rendus aux professionnels de la santé et aux dispensateurs	**645 $**	**492 $**		

Pour les services rendus aux professionnels de la santé et aux dispensateurs, les tarifs ont été indexés au 1er janvier 2011 comme le prévoit la Loi sur l'administration financière. La méthode de fixation des tarifs est basée sur les coûts, à l'exception du tarif de gestion des comptes administratifs, pour lequel la valeur marchande est utilisée. Les tarifs seront indexés selon l'indice des prix à la consommation au 1er janvier de chaque année, comme le prévoit la Loi.

Services rendus aux chercheurs, aux compagnies pharmaceutiques et aux entreprises en information de santé	Revenus 2010-2011 (000 $)	Coûts 2010-2011 (000 $)	% financement 2010-2011	% financement visé pour 2011-2012
Information détenue en santé et services sociaux	1 037 $	2 615 $	40 %	45 %
Total des services rendus aux chercheurs, aux compagnies pharmaceutiques et aux entreprises en information de santé	**1 037 $**	**2 615 $**		

Pour les services rendus aux chercheurs, aux compagnies pharmaceutiques et aux entreprises en information de santé, les tarifs ont été indexés au 1er janvier 2011 comme le prévoit la Loi sur l'administration financière. La révision tarifaire a débuté en 2010-2011 et les nouveaux tarifs basés sur les coûts complets seront implantés progressivement au cours des exercices 2011-2012 et 2012-2013, et seront révisés annuellement par la suite. Le niveau de financement visé pour 2011-2012 est de 45 %.

En 2010-2011, la Régie de l'assurance maladie du Québec n'a offert aucun nouveau bien ou service tarifé et n'a relevé aucun service pouvant être tarifé prochainement.

Protection des renseignements personnels et sécurité de l'information

La Régie, à l'instar de tous les organismes publics, est soumise à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Par ailleurs, la Loi sur l'assurance maladie établit un régime particulier de confidentialité relativement aux renseignements détenus par la Régie. Ce régime impose le respect de règles plus restrictives en matière de confidentialité que la Loi sur l'accès, puisqu'il prévoit explicitement tous les renseignements dont la divulgation est autorisée, les personnes et les organismes à qui ils peuvent être communiqués ainsi que l'objectif de la communication. Le risque qu'une information personnelle et confidentielle soit divulguée ou soit accessible à des personnes non autorisées est une préoccupation majeure de la Régie. Considérant les critères d'évaluation des risques, la protection des renseignements personnels a été évaluée comme l'un des cinq risques majeurs dans le *Plan d'action 2010-2012 à l'égard des risques majeurs*.

La Régie est également assujettie à la Directive sur la sécurité de l'information gouvernementale ayant pour objet d'établir une vision commune et d'assurer la cohérence et la coordination des interventions en cette matière. Cette directive fixe les objectifs à atteindre, énonce les principes directeurs devant être appliqués pour assurer cette sécurité, désigne les intervenants concernés, précise leurs rôles et responsabilités, et prévoit l'instauration de mécanismes de coordination de l'action gouvernementale.

Ainsi, la Régie diversifie ses actions pour répondre à ses obligations en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information. Dans un premier temps, une sensibilisation est faite auprès de tout nouvel employé lors des séances d'accueil. À son arrivée à la Régie, l'employé est également invité à signer un formulaire d'engagement à la confidentialité ainsi qu'une déclaration relativement au respect des mesures visant la sécurité de l'information. Dans un deuxième temps, dans le respect des bonnes pratiques, une formation particulière est offerte à tous les répondants en protection des renseignements personnels dans les différents secteurs de l'organisation.

Conformément au Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels, la Régie s'est dotée d'un comité sur l'accès à l'information, la protection des renseignements personnels et l'éthique dont les travaux sont coordonnés par le président-directeur général. Ce comité est notamment responsable de définir et d'approuver les grandes orientations en matière de protection des renseignements personnels, de veiller à la conformité de la Régie aux recommandations émises par la Commission d'accès à l'information du Québec et de planifier et d'assurer des activités de sensibilisation. Il s'est réuni à une reprise au cours de l'année.

De plus, un comité de sécurité de l'information coordonné par le responsable de la sécurité de l'information de la Régie a également été mis en place. Il a pour principal objectif d'appuyer le responsable de la sécurité de l'information afin d'obtenir et de véhiculer une vision globale et uniforme de la sécurité de l'information dans l'organisation. Le comité s'est réuni à six reprises en 2010-2011.

DES RÉALISATIONS QUI S'INSCRIVENT DANS UN ESPRIT D'AMÉLIORATION CONTINUE

La Régie, en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information, a entre autres :

- diffusé sur son site Internet des documents ou renseignements prévus par le Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels;
- accompli des activités régulières de sensibilisation et de formation des employés quant aux règles à respecter à l'égard de la protection des renseignements personnels et de la sécurité de l'information, notamment lors des séances d'accueil des nouveaux employés;

- accompli plusieurs activités de formation à l'accès aux documents et à la protection des renseignements personnels à l'intention d'employés de différents secteurs de la Régie;
- participé à la Semaine du droit à l'information du 27 septembre au 1er octobre 2010 ainsi qu'à la Journée de la protection des données du 28 janvier 2011, activités organisées par la Commission d'accès à l'information du Québec;
- révisé les privilèges d'accès des utilisateurs internes à l'information numérique de la Régie selon le calendrier de révision établi;
- rédigé des normes de sécurité relatives à la programmation des applications;
- poursuivi des travaux visant la mise en œuvre d'un processus de gestion et d'analyse des journaux de sécurité;
- amorcé la révision des processus d'encadrement de l'utilisation d'Internet et du courrier électronique;
- effectué des travaux d'arrimage à la solution gouvernementale clicSÉQUR pour l'authentification des citoyens lors de la mise en place du service en ligne en assurance médicaments;
- effectué des travaux d'évolution des systèmes de gestion de la sécurité des accès à l'information.

En 2010-2011, le responsable de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels a répondu à 148 demandes d'accès à l'information. Parmi celles-ci, 60 étaient des demandes d'accès à des documents administratifs et 88 étaient des demandes d'accès à des renseignements personnels. Cent huit demandes d'accès ont été traitées dans un délai de vingt jours et quarante demandes ont été traitées dans un délai de trente jours.

Des 60 demandes d'accès à des documents administratifs, 12 ont été acceptées, 27 ont été partiellement refusées et 21 ont été refusées[14]. Des 88 demandes d'accès à des renseignements personnels, 32 ont été acceptées, 45 ont été partiellement refusées et 11 ont été refusées[15]. Aucune demande d'accès n'a entraîné de mesures d'accommodement raisonnable.

Des 148 demandes d'accès à l'information, 4 ont entraîné une demande de révision à la Commission d'accès à l'information du Québec.

14. Le refus des demandes d'accès à des documents administratifs est justifié par les articles 1, 9, 14, 15, 21, 22, 29, 31, 34, 37, 38, 39, 41, 45, 48, 53, 57, 86.1, 87 et 88 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1).

15. Le refus des demandes d'accès à des renseignements personnels est justifié par les articles 1, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 29, 32, 37, 39, 48, 53, 57, 86.1, 87 et 88 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1).

Suites données aux recommandations du Vérificateur général du Québec

Depuis 2002, les ministères et organismes doivent rendre compte, dans leur rapport annuel de gestion, des correctifs apportés à la suite des recommandations formulées par le Vérificateur général du Québec.

À cet effet, la Régie a mis en place, en 2002-2003, un mécanisme de suivi afin d'assurer une prise en charge adéquate de ces recommandations : les vice-présidences concernées doivent élaborer un plan d'action et mettre en application les mesures qu'elles auront jugées appropriées.

Voici les rapports ayant fait l'objet d'une surveillance par la haute direction de la Régie en 2010-2011.

Les programmes d'aides techniques pour les personnes handicapées
Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2005-2006
(déposé en décembre 2006), tome II, chapitre 6

Dans ce rapport, le Vérificateur général du Québec a vérifié si le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que certains acteurs du réseau de la santé, dont la Régie, avaient mis en place des mesures visant à assurer une gestion optimale des programmes d'aides techniques. Bien que le Vérificateur général ait conclu que la Régie administre les programmes d'aides techniques en conformité avec les directives reçues du Ministère, cinq recommandations parmi les seize formulées visaient l'organisation et particulièrement l'amélioration de ses processus.

Au 31 mars 2010, la Régie avait donné suite à deux recommandations du Vérificateur général et a poursuivi ses efforts en 2010-2011 dans le but d'améliorer la gestion des programmes d'aides techniques.

La recommandation suggérant d'assurer la qualité, la sécurité et le nettoyage des fauteuils roulants a donné lieu à l'adoption d'un protocole par le ministère de la Santé et des Services sociaux le 9 novembre 2010. Le protocole a par la suite été publié et diffusé auprès des partenaires concernés. Le document est également accessible sur le site Internet du Ministère depuis le 17 décembre 2010.

Pour ce qui est de la recommandation portant sur la modernisation de ses processus, la Régie a déployé un service en ligne pour le programme d'aides auditives le 15 mars 2011. Ce service permet la transmission automatisée des demandes de paiement provenant des audioprothésistes et des dispensateurs d'aides de suppléance à l'audition, l'élimination de l'envoi systématique de leurs pièces justificatives, l'organisation optimale du travail et, conséquemment, un traitement et un paiement plus rapides de ces demandes. Un plan de contrôles prévoyant différentes mesures permet de s'assurer que les services ont été effectivement rendus et sont conformes à la réglementation et aux ententes. La Régie poursuit également les travaux liés au développement des autres phases du service en ligne.

La recommandation visant à encadrer davantage le processus de conception et de production des aides à la posture a mené la Régie à établir une classification des coussins. Celle-ci permettra dorénavant de s'assurer à la fois d'une conception standardisée et de la qualité des matériaux utilisés dans leur production. Ce nouvel encadrement fera partie de la prochaine révision du prix des aides.

Le régime général d'assurance médicaments
Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004
(déposé en décembre 2004), tome II, chapitre 2

En 2004, le Vérificateur général du Québec a rempli un mandat de vérification portant sur la gestion du régime général d'assurance médicaments. Cette démarche, en plus de toucher particulièrement la Régie, visait également le ministère de la Santé et des Services sociaux, Revenu Québec et le Conseil du médicament.

Depuis, la Régie a donné suite à la majorité des recommandations. En outre, l'objectif 2 du Plan stratégique 2009-2013 vise à informer les citoyens des obligations relatives à l'assurance médicaments et à faciliter l'accès à ses bénéfices. La reddition de comptes présentée dans les sections « Faits saillants » et « Les résultats 2010-2011 » répond à la préoccupation du Vérificateur général d'exposer davantage la prise en compte des risques clés.

La gestion de la sécurité informatique
Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004
(déposé en juin 2004), tome I, chapitre 4

En 2004, le Vérificateur général du Québec a rempli un mandat visant, d'une part, à établir si la sécurité informatique bénéficiait d'un encadrement approprié tant à l'échelle gouvernementale qu'à celle des ministères et organismes et, d'autre part, à évaluer si ces derniers avaient mis en place les composantes majeures en vue d'assurer la protection de leurs actifs informationnels.

Bien qu'il ait jugé que la Régie avait fait la plupart des gestes attendus et que l'information numérique et les échanges électroniques étaient généralement bien protégés contre les menaces les plus courantes, le Vérificateur général du Québec a fait dix-huit recommandations à la Régie. Une trentaine d'actions ont été proposées pour y donner suite. Ainsi, au 31 mars 2010, seize de ces recommandations étaient appliquées. Au cours de l'année 2010-2011, la Régie a poursuivi des travaux visant à répondre aux deux recommandations restantes.

Ainsi, la recommandation suggérant de concevoir une stratégie pour assurer la continuité de service lors d'un sinistre informatique et d'élaborer et d'éprouver les plans nécessaires à sa mise en œuvre, a donné lieu à une révision de la stratégie en la matière ainsi qu'à l'élaboration de politiques administratives internes sur la continuité des activités d'affaires de l'organisation. Des travaux complémentaires se poursuivent. Il est toutefois important de noter que l'arrivée d'un sinistre à la Régie n'affecterait pas la prestation des soins de santé dispensés à la population par les professionnels de la santé.

Quant à la seconde recommandation non entièrement respectée, elle concerne le contrôle de l'activité des systèmes informatiques. Il importe de souligner que ce dossier est complexe et que d'importants travaux ont été accomplis à ce jour. Ainsi, en s'appuyant sur les meilleures pratiques internationales recommandées, la Régie a procédé en cours d'année à l'acquisition d'un outil informatique spécialisé en la matière. Le dossier devrait être complètement traité au cours de la prochaine année.

Les ressources de la Régie

SECTION 4

Cette section fournit des renseignements sur les ressources humaines, informationnelles et financières de la Régie. D'entrée de jeu y est présenté un portrait du personnel et de l'environnement de travail dans lequel il évolue. Les renseignements sur l'utilisation des ressources informationnelles et les principales réalisations en ce domaine viennent ensuite. Suivent les renseignements sur les ressources financières de la Régie et ses états financiers. La section se termine par le rapport d'activité sur le régime général d'assurance médicaments et les états financiers qui lui sont liés.

Ressources humaines 75

Ressources informationnelles 77

Ressources financières 79

États financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2011 85

Rapport d'activité 2010-2011 sur le régime général d'assurance médicaments 97

États financiers du Fonds de l'assurance médicaments de l'exercice terminé le 31 mars 2011 103

Le régime général d'assurance médicaments
Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004
(déposé en décembre 2004), tome II, chapitre 2

En 2004, le Vérificateur général du Québec a rempli un mandat de vérification portant sur la gestion du régime général d'assurance médicaments. Cette démarche, en plus de toucher particulièrement la Régie, visait également le ministère de la Santé et des Services sociaux, Revenu Québec et le Conseil du médicament.

Depuis, la Régie a donné suite à la majorité des recommandations. En outre, l'objectif 2 du Plan stratégique 2009-2013 vise à informer les citoyens des obligations relatives à l'assurance médicaments et à faciliter l'accès à ses bénéfices. La reddition de comptes présentée dans les sections « Faits saillants » et « Les résultats 2010-2011 » répond à la préoccupation du Vérificateur général d'exposer davantage la prise en compte des risques clés.

La gestion de la sécurité informatique
Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004
(déposé en juin 2004), tome I, chapitre 4

En 2004, le Vérificateur général du Québec a rempli un mandat visant, d'une part, à établir si la sécurité informatique bénéficiait d'un encadrement approprié tant à l'échelle gouvernementale qu'à celle des ministères et organismes et, d'autre part, à évaluer si ces derniers avaient mis en place les composantes majeures en vue d'assurer la protection de leurs actifs informationnels.

Bien qu'il ait jugé que la Régie avait fait la plupart des gestes attendus et que l'information numérique et les échanges électroniques étaient généralement bien protégés contre les menaces les plus courantes, le Vérificateur général du Québec a fait dix-huit recommandations à la Régie. Une trentaine d'actions ont été proposées pour y donner suite. Ainsi, au 31 mars 2010, seize de ces recommandations étaient appliquées. Au cours de l'année 2010-2011, la Régie a poursuivi des travaux visant à répondre aux deux recommandations restantes.

Ainsi, la recommandation suggérant de concevoir une stratégie pour assurer la continuité de service lors d'un sinistre informatique et d'élaborer et d'éprouver les plans nécessaires à sa mise en œuvre, a donné lieu à une révision de la stratégie en la matière ainsi qu'à l'élaboration de politiques administratives internes sur la continuité des activités d'affaires de l'organisation. Des travaux complémentaires se poursuivent. Il est toutefois important de noter que l'arrivée d'un sinistre à la Régie n'affecterait pas la prestation des soins de santé dispensés à la population par les professionnels de la santé.

Quant à la seconde recommandation non entièrement respectée, elle concerne le contrôle de l'activité des systèmes informatiques. Il importe de souligner que ce dossier est complexe et que d'importants travaux ont été accomplis à ce jour. Ainsi, en s'appuyant sur les meilleures pratiques internationales recommandées, la Régie a procédé en cours d'année à l'acquisition d'un outil informatique spécialisé en la matière. Le dossier devrait être complètement traité au cours de la prochaine année.

Les ressources de la Régie

SECTION 4

Cette section fournit des renseignements sur les ressources humaines, informationnelles et financières de la Régie. D'entrée de jeu y est présenté un portrait du personnel et de l'environnement de travail dans lequel il évolue. Les renseignements sur l'utilisation des ressources informationnelles et les principales réalisations en ce domaine viennent ensuite. Suivent les renseignements sur les ressources financières de la Régie et ses états financiers. La section se termine par le rapport d'activité sur le régime général d'assurance médicaments et les états financiers qui lui sont liés.

Ressources humaines 75

Ressources informationnelles 77

Ressources financières 79

États financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2011 85

Rapport d'activité 2010-2011 sur le régime général d'assurance médicaments 97

États financiers du Fonds de l'assurance médicaments de l'exercice terminé le 31 mars 2011 103

Ressources humaines

LE PERSONNEL

Une vue d'ensemble de l'effectif

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Nombre d'équivalents temps complet utilisés[16]	1 490	1 412	1 389	1 382

Au 31 mars 2011, la Régie a utilisé 1 382 équivalents temps complet, ce qui se traduit par 1 517 employés fournissant des services à la population, dont 1 094 employés réguliers.

	Nombre d'employés			
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Président-directeur général et vice-présidents	-	5	5	5
Personnel d'encadrement	72	64	68	68
Personnel professionnel	528	506	504	543
Personnel technicien	508	520	498	492
Personnel de bureau	444	423	423	403
Personnel ouvrier	7	7	8	6
Total	**1 559**	**1 525**	**1 506**	**1 517**

L'augmentation du nombre d'employés s'explique par un ajout d'effectif autorisé par le Conseil du trésor dans le but d'outiller la Régie pour la réalisation du projet Dossier de santé du Québec et de nouveaux mandats confiés par le ministre de la Santé et des Services sociaux ou découlant d'une nouvelle législation.

LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Toujours à l'affût des meilleures pratiques en matière de mobilisation de ses ressources humaines, la Régie a poursuivi au cours de l'année 2010-2011 son engagement dans la démarche *Qualité de vie au travail*. Cette démarche vise également à mettre en œuvre les meilleures pratiques reconnues par la norme *Entreprise en santé*. Pour le détail des différentes initiatives, veuillez vous référer à la section portant sur les résultats du Plan stratégique 2009-2013.

La Régie offre également les services suivants en matière de santé et de sécurité au travail :

- programme d'aide aux employés;
- conseils en ergonomie et en hygiène au travail;
- prévention en santé et sécurité du travail;
- prévention en matière de violence et de harcèlement psychologique au travail;
- coordination des mesures d'urgence;
- recrutement et formation des secouristes;
- prélèvements sanguins et conseils individuels en matière d'habitudes de vie.

16. Le nombre d'équivalents temps complet (ETC) utilisés traduit le volume de main-d'œuvre rémunérée durant une année financière. Par ailleurs, l'ETC se définit comme le rapport entre le traitement versé à une personne pendant l'année financière et le traitement annuel prévu selon son classement. Un employé qui travaillerait quatre jours sur cinq, par exemple, représenterait 0,8 équivalent temps complet pour l'organisation.

Développement du personnel

En 2010-2011, la Régie s'est assurée du développement de ses ressources humaines afin de maintenir et d'améliorer sa prestation de services aux citoyens.

Conformément aux orientations gouvernementales, la Régie a procédé à la rationalisation des dépenses de formation et de développement. Ainsi, au 31 mars 2011, plus de 2,3 millions de dollars ont été investis par la Régie en accordant une priorité à la formation à la tâche. De ce montant, 520 000 $ ont été alloués aux activités de formation et de développement dans divers domaines d'expertise, une diminution de près de 33 % par rapport à l'année précédente. Le montant total des dépenses de formation admissibles représente 3 % de la masse salariale de la Régie. Ce pourcentage dépasse, encore cette année, la cible minimale de 1 % prescrite par la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre[17].

17. L.R.Q., c. D-8.3.

Ressources informationnelles

Les technologies de l'information, omniprésentes dans les activités de la Régie, soutiennent l'automatisation de plusieurs processus opérationnels de l'organisation. Plusieurs des actions prévues dans le Plan stratégique 2009-2013 font grandement appel aux technologies de l'information :

- la modernisation de la carte d'assurance maladie;
- l'inscription en ligne à l'assurance médicaments;
- la mise en place d'un portail spécialisé pour les professionnels de la santé;
- la facturation en ligne pour les dispensateurs d'aides techniques;
- la contribution de la Régie au déploiement du Dossier de santé du Québec.

Les technologies de l'information doivent assurer le maintien de la qualité et la continuité des activités de la Régie. Grâce à celles-ci, la Régie peut produire, bon an, mal an, plus de deux millions de cartes d'assurance maladie. De plus, elle est dotée d'une robuste infrastructure permettant de soutenir ses activités, principalement le traitement des demandes de paiement (près de 230 millions de transactions) et la rémunération des professionnels de la santé pour les services qu'ils rendent. Elle offre également, en complémentarité des modes de prestation de services traditionnels (soit le courrier ou le téléphone), plusieurs services en ligne qui permettent, de façon sécuritaire, aux pharmaciens et aux autres professionnels de la santé d'accéder à différentes données et d'effectuer des transactions. En constante évolution, cette offre est adaptée en fonction des besoins des clientèles de la Régie.

LES PRINCIPALES RÉALISATIONS EN 2010-2011

Au cours de l'année 2010-2011, la Régie a poursuivi sa contribution à la mise en place du Dossier de santé du Québec (DSQ) en réalisant les solutions technologiques attendues, tout en acceptant de nouvelles responsabilités et fonctions récurrentes, élargissant ainsi son rôle à l'égard du DSQ[18].

Afin de permettre à la Régie de maintenir la qualité des services aux citoyens et aux entreprises, les projets suivants[19] ont été réalisés :

- Registre des consentements au don d'organes et de tissus;
- Amélioration de la prestation de services en assurance médicaments;
- Registre des traumatismes du Québec;
- Amélioration de la sécurité de l'information.

De surcroît, aux fins d'assurer le maintien des activités, la continuité des services et une amélioration continue des processus, la Régie a réalisé plusieurs projets, dont les suivants.

Inscription générale de la clientèle à un médecin de famille

Au cours de la dernière année, la Régie a mis à la disposition des médecins omnipraticiens du Québec de nouveaux services en ligne permettant l'inscription générale de la clientèle à un médecin de famille. Les objectifs poursuivis par l'introduction du principe de l'inscription générale sont d'uniformiser et de simplifier les services d'inscription auprès d'un médecin et de mise à jour de celle-ci, d'offrir un éventail complet et unifié de transactions électroniques, d'éliminer progressivement l'utilisation de la demande de paiement pour l'inscription de la clientèle, d'offrir de la souplesse afin de s'adapter plus facilement à de nouveaux besoins et d'effectuer une refonte des formulaires papier.

Service en ligne des aides techniques (SELAT)

La Régie a également mis à la disposition des dispensateurs d'aides auditives, de nouveaux services permettant la saisie en ligne de leurs demandes de paiement et la transmission électronique des pièces justificatives requises. Ce projet, en plus d'améliorer le service à notre clientèle, permet le paiement automatique, sans intervention manuelle, de plus de 80 % des demandes et, par conséquent, d'en diminuer le délai de paiement, le faisant passer de 47 à 7 jours.

18. Le DSQ est abordé dans les sections « Faits saillants » et « Les résultats 2010-2011 ».

19. Ces projets sont détaillés dans la section « Faits saillants », à l'exception du projet « Amélioration de la sécurité de l'information », dont on traite dans les sections « Suites données aux recommandations du Vérification général du Québec » et « Protection des renseignements personnels et sécurité de l'information ».

Révision de l'environnement de prise de photo

En 2010-2011, la Régie a procédé à une refonte des composantes technologiques et du processus de travail pour la prise des photos lors du renouvellement de la carte d'assurance maladie dans ses bureaux d'accueil de Montréal et de Québec afin d'assurer la pérennité du service à la clientèle. La modernisation de cet environnement de travail s'est traduite par le changement des appareils photo et des tablettes de signature, par des modifications à l'interface informatique utilisée par les agents ainsi que par l'amélioration du processus de travail, ce qui contribue à une augmentation de la qualité et de l'uniformité des photos ainsi qu'à une plus grande rapidité d'exécution, tout en diminuant la complexité des tâches à effectuer.

Développement des compétences

Dans un souci constant de mettre en œuvre les actions requises pour relever les défis liés à la rareté de la main-d'œuvre dans le domaine des technologies de l'information, la Régie a entrepris, au printemps 2010, une démarche de développement des compétences pour l'ensemble de son personnel en technologies de l'information. Cette démarche vise plusieurs objectifs :

- s'assurer que le personnel possède les compétences requises pour offrir des services de qualité dans un contexte en constante évolution;
- offrir aux employés des outils de réflexion et des occasions de partage avec leur gestionnaire dans leur cheminement de carrière au sein de l'organisation;
- cibler, planifier et organiser les activités de développement dans une perspective globale et dans une vision qui prend en compte les besoins futurs de l'organisation pour que l'expertise nécessaire soit présente aux moments opportuns.

Cette initiative s'appuie sur l'engagement pris par la Régie, dans son Plan stratégique 2009-2013, de soutenir la mobilisation et l'engagement des personnes dans l'évolution de l'organisation afin d'offrir un milieu de travail valorisant et mobilisateur, pour soutenir le développement continu des compétences nécessaires à l'évolution des services.

Pour terminer, il est approprié de souligner que la Régie a entrepris une démarche d'amélioration continue afin d'offrir des services de qualité. À cet égard, elle a revu et optimisé, notamment, ses processus de sélection et de suivi de projets, celui de l'élaboration d'un dossier d'affaires ainsi que celui de gestion des incidents informatiques.

DÉPENSES EN RESSOURCES INFORMATIONNELLES EN 2010-2011

La portion « Maintien de l'actif » couvre les besoins courants en traitement informatique et en entretien des applications, la portion « Évolution de l'actif » couvre les travaux entourant l'évolution applicative, et la portion « Transformation » couvre les projets de développement de ressources informationnelles. Ces projets de développement sont financés par le budget opérationnel de la Régie, par le Fonds de l'assurance médicaments ou, notamment pour ce qui concerne le Dossier de santé du Québec, par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

NOMBRE DE PROJETS EN RESSOURCES INFORMATIONNELLES POUR LA PÉRIODE 2010-2011[20]

	Nombre de projets
Nombre de projets en cours au début de l'exercice	27
Nombre de projets entrepris au cours de l'exercice	16
Nombre de projets en cours à la fin de l'exercice	36
Nombre de projets terminés au cours de l'exercice	7

20. Tiré du Plan de gestion intégrée des investissements. Couvre les projets de ressources informationnelles financés par la Régie, le Fonds de l'assurance médicaments, l'opérationnel et le DSQ.

Ressources financières

Le financement des programmes et des frais d'administration de la Régie est assuré par diverses sources. Le Fonds des services de santé, le Fonds de l'assurance médicaments ainsi que le gouvernement du Québec garantissent la plus grande partie des sommes requises.

LES SOURCES DE FINANCEMENT

LES SOURCES DE FINANCEMENT (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Fonds des services de santé	3 706 630	3 952 185	4 406 362	4 905 940	5 247 113
Fonds de l'assurance médicaments	2 672 243	2 895 823	3 034 944	3 205 769	3 249 134
Gouvernement du Québec	309 521	337 472	370 362	403 906	429 994
Commission de la santé et de la sécurité du travail	85 067	87 821	115 287	91 082	80 546
Ententes réciproques avec les autres provinces	32 923	36 839	32 716	40 615	42 342
Autres sources	8 484	8 890	10 266	10 600	10 230
Total	**6 814 868**	**7 319 030**	**7 969 937**	**8 657 912**	**9 059 359**

Entre 2006-2007 et 2010-2011, le financement nécessaire au régime d'assurance maladie, au régime public d'assurance médicaments et aux programmes confiés a augmenté en moyenne de 7,3 % par année.

Le Fonds des services de santé

Le Fonds des services de santé a été créé afin de répondre notamment aux besoins financiers de la Régie pour l'administration des programmes qui lui sont confiés en lui fournissant les sommes nécessaires à l'équilibre des sources de financement et des dépenses relatives au régime d'assurance maladie. Le Fonds est alimenté principalement par les cotisations des employeurs perçues par Revenu Québec. Le taux de cette cotisation varie de 2,70 % à 4,26 % inclusivement, selon la masse salariale totale. La seconde source de revenus du Fonds des services de santé est constituée d'une partie des taxes et impôts versés au Fonds consolidé du revenu.

Le Fonds de l'assurance médicaments

Le Fonds de l'assurance médicaments a pour objet d'assumer le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis à toute personne admissible qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux, soit les adhérents, ainsi qu'aux personnes de 65 ans ou plus et aux prestataires d'une aide financière de dernier recours. Le Fonds est alimenté principalement par une partie des impôts et taxes versés au Fonds consolidé du revenu. Le reste provient des primes payées par les adhérents au régime et par les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Le gouvernement du Québec

Conformément à certains accords conclus avec la Régie, le gouvernement du Québec finance des programmes qui lui sont confiés principalement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail

La Régie assume la rémunération des médecins qui exercent leur profession dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. La Commission rembourse à la Régie les sommes ainsi engagées.

Les ententes réciproques avec les autres provinces

Conformément à une entente interprovinciale, la Régie paie aux établissements du Québec le coût des services hospitaliers rendus à des résidents des autres provinces et se fait ensuite rembourser par celles-ci.

Les autres sources

Diverses autres sources contribuent au financement de la Régie, notamment :

- le recouvrement, auprès des tiers responsables de maladies ou d'accidents, du montant des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie;
- le remplacement de cartes d'assurance maladie perdues et la prise de photographies;
- la diffusion d'information et de statistiques.

LE COÛT DES PROGRAMMES

La Régie administre les programmes établis par la Loi sur l'assurance maladie et le régime public d'assurance médicaments.

Elle administre aussi, pour le compte du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, des programmes qui lui sont confiés en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Dans le tableau qui suit, l'évolution du coût des programmes au cours des cinq dernières années est présentée selon la classification utilisée dans les états financiers, avant le recouvrement auprès des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers.

COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Services médicaux[21]	3 571 571	3 810 522	4 286 051	4 723 773	5 065 281
Médicaments et services pharmaceutiques[21]	2 638 305	2 864 694	3 002 840	3 171 834	3 213 404
Services hospitaliers	151 849	167 021	178 875	201 758	217 982
Aides techniques	127 667	129 192	134 726	153 292	147 432
Services dentaires	103 821	114 998	121 884	136 695	137 848
Services d'aide domestique	45 715	51 809	57 936	60 445	59 022
Services optométriques	35 604	40 138	39 509	44 161	42 911
Autres	10 230	13 041	14 603	14 820	15 724
Total	**6 684 762**	**7 191 415**	**7 836 424**	**8 506 778**	**8 899 604**

Entre 2006-2007 et 2010-2011, les coûts des programmes ont augmenté en moyenne de 7,4 % par année.

Services médicaux (rémunération des médecins)

Le tableau suivant illustre la dépense en services médicaux dispensés par les spécialistes, les omnipraticiens et les résidents en médecine. Les dépenses qui ne peuvent pas être ventilées selon ces trois catégories de professionnels sont regroupées sous la rubrique « Autres ». Le détail des coûts des services médicaux est présenté à l'annexe 4.

21. En raison de l'importance des sommes figurant dans les catégories « Services médicaux » et « Médicaments et services pharmaceutiques », une ventilation en est présentée à la suite de ce tableau.

SERVICES MÉDICAUX (RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS)
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Médecins spécialistes	2 014 164	2 136 150	2 462 373	2 765 244	2 980 659
Médecins omnipraticiens	1 335 141	1 429 615	1 563 367	1 674 079	1 784 110
Résidents en médecine	130 108	144 362	158 005	170 034	185 235
Autres	92 158	100 395	102 306	114 416	115 277
Total	**3 571 571**	**3 810 522**	**4 286 051**	**4 723 773**	**5 065 281**

Entre 2006-2007 et 2010-2011, la rémunération des médecins a augmenté en moyenne de 9,0 % par année.

Médicaments et services pharmaceutiques

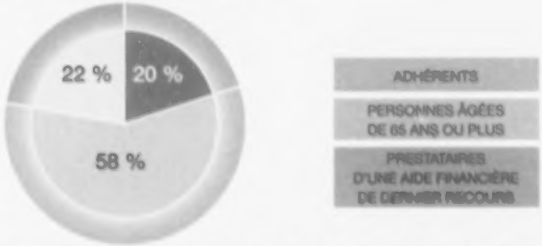
Le régime public d'assurance médicaments couvre les personnes âgées de 65 ans ou plus, les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les adhérents, soit les personnes non admissibles à un régime privé d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Le tableau ci-dessous présente la dépense en médicaments et services pharmaceutiques en fonction des catégories de bénéficiaires. Le détail des coûts des médicaments et services pharmaceutiques est présenté dans le complément d'information financière en annexe.

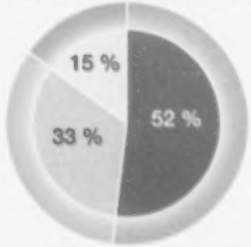
MÉDICAMENTS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Personnes âgées de 65 ans ou plus	1 509 623	1 650 647	1 748 652	1 855 761	1 867 509
Prestataires d'une aide financière de dernier recours	580 492	629 485	652 128	680 182	691 142
Adhérents	545 541	581 849	599 237	632 822	651 393
Autres[22]	2 649	2 713	2 823	3 069	3 360
Total	**2 638 305**	**2 864 694**	**3 002 840**	**3 171 834**	**3 213 404**

RÉPARTITION DES COÛTS RELATIFS AU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS



PERSONNES COUVERTES PAR LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS



Entre 2006-2007 et 2010-2011, les coûts des médicaments et services pharmaceutiques ont augmenté en moyenne de 5,0 % par année.

22. Il s'agit notamment des sommes versées assurant la gratuité des médicaments pour les infections transmissibles sexuellement, la chimioprophylaxie et la tuberculose, et la contraception orale d'urgence. L'achat de places dans les résidences privées d'hébergement et le transport aux fins des thérapies parentérales font aussi partie de cette catégorie.

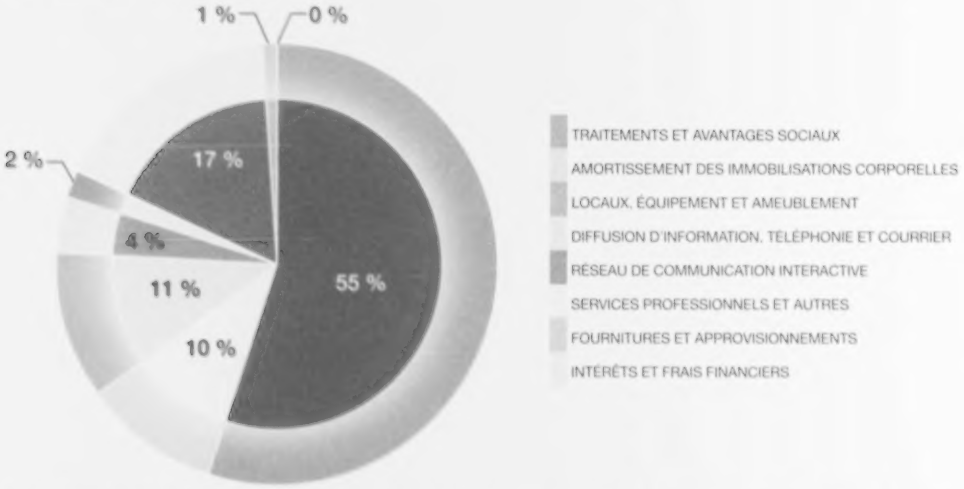
LES FRAIS D'ADMINISTRATION

La Régie engage des frais pour l'administration du régime d'assurance maladie, du régime public d'assurance médicaments ainsi que pour tout autre programme qu'une loi ou que le gouvernement lui confie.

RÉPARTITION DES FRAIS D'ADMINISTRATION (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Traitements et avantages sociaux	91 937	86 955	85 603	93 132	91 369
Amortissement des immobilisations corporelles	14 991	14 044	15 486	15 973	16 879
Locaux, équipement et ameublement	15 028	11 756	13 130	16 666	17 922
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	7 099	7 550	7 558	7 975	7 235
Réseau de communication interactive	4 359	3 102	3 086	3 113	3 245
Services professionnels et autres	2 114	9 557	13 567	18 383	27 538
Fournitures et approvisionnements	1 684	1 938	1 786	1 858	1 700
Intérêts et frais financiers	145	161	157	422	625
Moins-value sur les immobilisations corporelles	-	-	2 569	452	-
Total	**137 357**	**135 063**	**142 942**	**157 974**	**166 513**

RÉPARTITION DES FRAIS D'ADMINISTRATION 2010-2011



Entre 2006-2007 et 2010-2011 les frais d'administration ont augmenté en moyenne de 4,9 % par année.

RATIO DES FRAIS D'ADMINISTRATION EN FONCTION DU COÛT DES PROGRAMMES (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Frais d'administration de la Régie	137 357	135 063	142 942	157 974	166 513
Frais de perception du Fonds de l'assurance médicaments	6 976	7 225	7 246	9 122	9 686
Frais financiers du Fonds de l'assurance médicaments	15 391	15 888	9 302	1 359	2 354
Total des frais d'administration	159 724	158 176	159 490	168 455	178 553
Coût des programmes	6 684 762	7 191 415	7 836 424	8 506 778	8 899 604
Ratio	**2,39 %**	**2,20 %**	**2,04 %**	**1,98 %**	**2,01 %**

Les frais d'administration sont ceux qui figurent dans les états financiers de la Régie. Bien que la majeure partie des frais d'administration du Fonds de l'assurance médicaments en fasse partie, les frais de perception et les frais financiers de ce fonds sont des dépenses que l'on trouve uniquement dans les états financiers de ce dernier. Entre 2006-2007 et 2010-2011, on constate une diminution globale de 15,9 % du ratio des frais d'administration sur les coûts des programmes.

États financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2011

RAPPORT DE LA DIRECTION

La direction de la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie) est responsable de la préparation et de la présentation des états financiers, y compris les estimations et jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des méthodes comptables appropriées respectant les normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que la garantie que l'information financière présentée ailleurs dans le rapport annuel est conforme à celle contenue dans les états financiers.

La direction maintient un système de contrôles internes et applique un programme de vérification interne. De cette façon, elle obtient une assurance raisonnable que les actifs sont convenablement protégés et que les registres comptables constituent une base adéquate à l'établissement d'états financiers objectifs et fiables donnant une juste représentation de la situation financière et des opérations de la Régie.

Le conseil d'administration est responsable de l'examen et de l'approbation des états financiers ainsi que de la surveillance quant à la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Le conseil d'administration est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification.

La Régie reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à l'audit des états financiers de la Régie conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada et son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. Il peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Le président-directeur général,

Marc Giroux, ASC

Québec, le 8 juin 2011

Le directeur du budget et des ressources financières,

Daniel Cloutier, CA

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

À l'Assemblée nationale

Rapport sur les états financiers

J'ai effectué l'audit des états financiers ci-joints de la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui comprennent le bilan au 31 mars 2011 et l'état du coût et du financement des programmes pour l'exercice clos à cette date, ainsi que les notes complémentaires.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de mon audit. J'ai effectué mon audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que je me conforme aux règles de déontologie et que je planifie et réalise l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers, afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

J'estime que les éléments probants que j'ai obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder mon opinion d'audit.

Opinion

À mon avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de la Régie de l'assurance maladie du Québec au 31 mars 2011, ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales et réglementaires

Conformément aux exigences de la *Loi sur le vérificateur général* (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces normes ont été appliquées de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance FCA auditeur

Renaud Lachance, FCA auditeur

Québec, le 8 juin 2011

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
COÛT ET FINANCEMENT DES PROGRAMMES
EXERCICE CLOS LE 31 MARS 2011

	2011	2010
	(en milliers de dollars)	
COÛT DES PROGRAMMES (note 3)		
Services médicaux (note 15)	5 065 281	4 723 773
Médicaments et services pharmaceutiques (notes 4 et 15)	3 213 404	3 171 834
Services hospitaliers (note 5)	217 982	201 758
Aides techniques	147 432	153 292
Services dentaires (note 15)	137 848	136 695
Services d'aide domestique	59 022	60 445
Services optométriques (note 15)	42 911	44 161
Autres (note 6)	15 724	14 820
	8 899 604	8 506 778
Recouvrement auprès des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers	6 758	6 840
	8 892 846	8 499 938
Frais d'administration (note 7)	166 513	157 974
	9 059 359	**8 657 912**
SOURCES DE FINANCEMENT		
Fonds des services de santé	5 247 113	4 905 940
Fonds de l'assurance médicaments	3 249 134	3 205 769
Gouvernement du Québec	429 994	403 906
Commission de la santé et de la sécurité du travail	80 546	91 082
Ententes réciproques avec les autres provinces (note 5)	42 342	40 615
Autres sources	10 230	10 600
	9 059 359	**8 657 912**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
BILAN AU 31 MARS 2011

	2011	2010
	(en milliers de dollars)	
ACTIF		
À court terme		
Contributions à recevoir		
Fonds des services de santé	237 212	275 585
Fonds de l'assurance médicaments	367 743	281 630
Frais à récupérer (note 8)	216 370	188 565
Autres créances	24 832	36 183
	846 157	781 963
Immobilisations corporelles (note 9)	151 924	137 260
	998 081	**919 223**
PASSIF		
À court terme		
Effets bancaires en circulation	18 510	16 473
Services à payer (note 10)	822 094	765 859
Autres charges à payer et frais courus	55 734	43 767
Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec (note 11)	75 372	66 394
	971 710	892 493
Provision pour congés de maladie et vacances (note 13)	26 371	26 730
	998 081	**919 223**

ENGAGEMENTS (note 14)
ÉVENTUALITÉS (note 15)

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Pour la Régie,

Marc Giroux, ASC
Président-directeur général

Suzanne Delisle, CA, ASC
Membre du conseil d'administration
Présidente du comité de vérification

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
NOTES COMPLÉMENTAIRES
31 MARS 2011

(Les montants dans les tableaux sont exprimés en milliers de dollars.)

1. Constitution, fonction et financement

La Régie, personne morale au sens du Code civil constituée par la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5), a pour fonction d'administrer le régime d'assurance maladie et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

La Régie administre le régime général d'assurance médicaments. Elle administre aussi des parties de programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, dont :

- la rémunération des résidents en médecine;
- le paiement des services hospitaliers rendus hors du Québec;
- l'exonération financière pour les services d'aide domestique;
- la perception des sommes à recouvrer pour soins hospitaliers à l'égard des résidents des autres provinces, des tiers responsables et des ressortissants étrangers.

La Régie paie les médecins ayant rendu des services professionnels dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail et se fait rembourser par cette dernière les frais ainsi occasionnés.

Le financement du régime d'assurance maladie provient du Fonds des services de santé.

Par ailleurs, le Fonds de l'assurance médicaments finance le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis :

- aux personnes de 65 ans ou plus;
- aux prestataires d'une aide financière de dernier recours;
- aux adhérents : toute personne admissible, autre que celles énumérées ci-dessus, qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Enfin, le gouvernement du Québec finance les parties de programmes confiées à la Régie par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En vertu de l'article 4 de sa loi constitutive, la Régie est mandataire de l'État et par conséquent n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu au Québec et au Canada.

2. Méthodes comptables

La préparation des états financiers de la Régie, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation du coût des programmes et des sources de financement au cours de la période visée par les états financiers. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations. Les principaux éléments faisant l'objet d'estimations sont les services à payer, la durée de vie des immobilisations et la provision pour congés de maladie et vacances.

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté puisqu'il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie de l'exercice. Par contre, les informations les plus pertinentes sont fournies dans les notes complémentaires aux états financiers.

Aux fins de la préparation de ses états financiers, la Régie utilise prioritairement le Manuel de l'ICCA pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût.

La méthode de l'amortissement linéaire est utilisée en tenant compte de la valeur résiduelle de ces immobilisations, s'il y a lieu. Le développement de systèmes informatiques inclut le coût de la main-d'œuvre et des services professionnels ainsi que celui du matériel informatique et bureautique s'y rapportant.

Leur durée de vie utile a été établie comme suit :

Immeuble (siège social)	40 ans
Immeuble (améliorations majeures)	20 ans
Immeuble (rénovations)	10 ans
Améliorations locatives	5 ans
Ameublement, équipement de bureau	5 ans
Matériel informatique et bureautique	3 ans
Développements informatiques	5 ans
Développements informatiques – Dossier de santé du Québec	10 ans
Logiciels	3 ans

Régimes de retraite

La Régie ne possède pas l'information nécessaire à l'application de la méthode de comptabilisation des régimes à prestations déterminées.

Elle applique donc la méthode de comptabilisation des régimes à cotisations déterminées aux régimes interemployeurs gouvernementaux à prestations déterminées.

3. Coût des programmes

Le coût des produits et services par programme se répartit comme suit :

	2011	2010
Régime d'assurance maladie	5 217 159	4 895 876
Régime public d'assurance médicaments (note 4)	3 210 044	3 168 765
Autres	465 643	435 297
	8 892 846	**8 499 938**

4. Médicaments et services pharmaceutiques

	2011	2010
Régime public d'assurance médicaments		
Personnes de 65 ans ou plus	1 867 509	1 855 761
Prestataires d'une aide financière de dernier recours	691 142	680 182
Adhérents	651 393	632 822
	3 210 044	3 168 765
Personnes admissibles à des programmes particuliers	3 360	3 069
	3 213 404	**3 171 834**

5. Services hospitaliers

	2011	2010
Services rendus hors du Québec à des résidents du Québec	175 640	161 143
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	42 342	40 615
	217 982	**201 758**

6. Autres

	2011	2010
Bourses de recherche	14 861	14 452
Aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C	863	368
	15 724	**14 820**

7. Frais d'administration

	2011	2010
Traitements et avantages sociaux	91 369	93 132
Amortissement des immobilisations corporelles	16 879	15 973
Locaux, équipement et ameublement	17 922	16 666
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	7 235	7 975
Réseau de communication interactive	3 245	3 113
Services professionnels et autres	27 538	18 383
Fournitures et approvisionnements	1 700	1 858
Intérêts et frais financiers	625	422
Moins-value sur les immobilisations corporelles	0	452
	166 513	**157 974**

Du total de ces frais, un montant de 39,1 M$ (2010 : 37,0 M$) est assumé par le Fonds de l'assurance médicaments.

8. Frais à récupérer

	2011	2010
Gouvernement du Québec	184 855	144 516
Commission de la santé et de la sécurité du travail	19 869	35 736
Services hospitaliers dus par d'autres provinces	11 646	8 313
	216 370	**188 565**

9. Immobilisations corporelles

			2011	2010
	Coût	Amortissement cumulé	Net	Net
Terrain	1 000	-	1 000	1 000
Immeuble (siège social)	26 458	12 110	14 348	14 870
Immeuble (améliorations majeures)	2 640	352	2 288	2 420
Immeuble (rénovations)	20 174	10 364	9 810	11 393
Améliorations locatives	689	334	355	221
Ameublement, équipement de bureau	2 321	1 890	431	477
Matériel informatique et bureautique	22 901	14 143	8 758	5 458
Développements informatiques	63 799	35 007	28 792	27 964
Développements informatiques - Dossier de santé du Québec	85 718	807	84 911[1]	72 138[1]
Logiciels	5 540	4 309	1 231	1 319
	231 240	**79 316**	**151 924**[2]	**137 260**[2]

Les acquisitions de l'exercice ont nécessité des déboursés de 31,5 M$ (2010 : 32,7 M$)

(1) Ce montant inclut 1,4 M $ d'intérêts capitalisés (2010 : 1,3 M $).

(2) Le total des immobilisations comprend 93,7 M$ (2010 : 79,9 M$) de biens en développement pour lesquels aucun amortissement n'a été pris.

10. Services à payer

Les services à payer se composent des services médicaux et pharmaceutiques rendus par les professionnels de la santé, des montants forfaitaires attribuables à ces derniers de même que des coûts payables à diverses clientèles relativement aux programmes d'aides techniques ou domestiques.

Le montant représente principalement une estimation du coût des demandes de paiement qui sont en processus de traitement au 31 mars et du coût de celles qui seront produites après le 31 mars mais qui concernent des services reçus avant cette date.

Les ententes suivantes avec des associations représentant des professionnels de la santé sont expirées. Elles ont fait l'objet d'une provision correspondant aux montants des offres patronales qui seraient à verser de façon rétroactive à ces professionnels de la santé pour des services déjà rendus au 31 mars 2011.

	Date d'expiration
Fédération des médecins spécialistes du Québec	31 mars 2010
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	31 mars 2010
Association québécoise des pharmaciens propriétaires	31 mars 2010
Association des chirurgiens dentistes du Québec	31 mars 2010
Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec	31 mars 2010
Association des optométristes du Québec	31 mars 2010
Fédération des médecins résidents du Québec	31 mars 2010

11. Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec

	2011	2010
Emprunt sur billet, d'un maximum de 131 M$, à taux fixe de 1,35 % échéant le 30 juin 2011	75 372	
Emprunt sur billet, d'un maximum de 131 M$, à taux fixe de 0,86 % échéant le 30 septembre 2010		66 394
Flux de trésorerie		
Intérêts versés	733	273

12. Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans les états financiers et qui sont comptabilisées à leur valeur d'échange, la Régie est apparentée à tous les ministères et fonds spéciaux ainsi qu'à tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. La Régie n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement aux états financiers.

13. Avantages sociaux futurs

Régimes de retraite

Les employés de la Régie et les professionnels de la santé rémunérés à salaire participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) et au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interemployeurs sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

Les cotisations de la Régie imputées aux résultats de l'exercice se chiffrent à 4,4 M$ (2010 : 4,3 M$) pour ses employés et sont incluses dans les frais d'administration. Par ailleurs, les cotisations pour les professionnels de la santé rémunérés à salaire s'élèvent à 4,9 M$ (2010 : 5,0 M$) et sont incluses dans le coût des programmes aux postes « Services médicaux », « Services dentaires » et « Services

optométriques ». Les obligations de la Régie envers ces régimes gouvernementaux se limitent à ses cotisations pour services courants à titre d'employeur.

Provision pour congés de maladie et vacances

La méthode d'évaluation des obligations relatives aux congés de maladies accumulés est une méthode actuarielle qui tient compte de la répartition des prestations constituées.

Les hypothèses économiques à long terme utilisées pour déterminer la valeur actuarielle des obligations sont les suivantes :

	2011	2010
Taux d'inflation :	2,75 %	2,75 %
Progression des salaires nette d'inflation :	0,50 %	0,50 %
Taux d'actualisation :		
(Taux moyen pondéré du coût d'emprunt)	4,49 %	4,72 %

	2011	2010
Solde au début	26 730	24 780
Augmentation nette due à des arrivées et des départs d'employés ainsi qu'à une variation du taux d'actualisation	831	2 559
Charges	9 289	9 139
Utilisation	(10 479)	(9 748)
Solde à la fin	**26 371**	**26 730**

14. Engagements

Au 31 mars 2011, les engagements contractuels minimaux exigibles pour l'acquisition de biens et services relatifs à des contrats d'approvisionnement se détaillent comme suit :

2012	33 084
2013	8 632
2014	6 883
2015	3 618
2016	3 770
	55 987

15. Éventualités

Services médicaux, dentaires, optométriques, médicaments et services pharmaceutiques

Les ententes annuelles avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec prévoient généralement une enveloppe budgétaire globale à être versée à leurs membres pour leurs services. Les ententes précisent qu'advenant une non-atteinte de cette enveloppe budgétaire, les montants ainsi rendus disponibles sont alors affectés aux fins retenues

par les parties, selon les modalités que celles-ci déterminent et, qu'advenant un dépassement, un remboursement doit être effectué au cours de la période subséquente.

Comme les ententes respectives n'ont pas encore été signées, les enveloppes budgétaires n'ont pas été déterminées et la Régie ne peut évaluer s'il y aura ou non une non-atteinte ou un dépassement de ces enveloppes budgétaires.

Rapport d'activité 2010-2011 sur le régime général d'assurance médicaments

L'OBJET ET LES MODALITÉS D'APPLICATION DU RÉGIME

En vertu de l'article 2 de la Loi sur l'assurance médicaments, le régime général d'assurance médicaments a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. Tous les résidents du Québec doivent détenir une couverture d'assurance médicaments offerte soit par un régime collectif privé, soit par le régime public administré par la Régie.

LES PERSONNES COUVERTES PAR LE SECTEUR PRIVÉ

Les adultes ayant accès à un régime privé d'assurance médicaments doivent y souscrire pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour leur conjoint et leurs enfants. Tous les médicaments inscrits sur la *Liste de médicaments* doivent être couverts par les régimes privés.

Pour la période allant du 1er juillet 2010 au 30 juin 2011, la coassurance est de 32 % du coût des médicaments, et la contribution maximale (franchise et coassurance) doit être d'au plus 963 $ par adulte par année. Ce pourcentage et ce montant sont indexés le 1er juillet de chaque année selon les taux d'ajustement fixés par la Régie, qui doit tenir compte de certaines règles déterminées par règlement du gouvernement.

Une personne qui change de régime en cours d'année n'a pas à débourser plus que la contribution maximale qui lui est applicable. Ainsi, si elle change d'employeur, elle peut entreprendre des démarches pour que le cumul de ses contributions soit transféré chez le nouvel assureur.

L'INSCRIPTION AU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Les prestataires d'une aide financière de dernier recours, les personnes de 65 ans ou plus et les autres personnes qui n'ont pas accès à un régime privé doivent être inscrits au régime public d'assurance médicaments. Au 31 mars 2011, près de 1 751 000 personnes non couvertes par un régime privé s'étaient inscrites au régime public d'assurance médicaments à titre d'adhérents, auxquelles il faut ajouter environ 497 000 prestataires d'une aide financière de dernier recours et 1 081 000 personnes de 65 ans ou plus.

Les personnes de 65 ans ou plus ayant accès à un régime privé d'assurance collective peuvent être couvertes en totalité par celui-ci si elles le souhaitent, à condition que la couverture des médicaments soit au moins équivalente à celle qu'offre le régime public. En 2010-2011, 86 304 d'entre elles[23] ont décidé de maintenir leur adhésion à un régime privé.

23. Il s'agit de la moyenne mensuelle.

LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES PERSONNES COUVERTES PAR LE RÉGIME PUBLIC

Prime annuelle

Les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments doivent payer une prime établie en fonction de leur revenu. Pour la période allant du 1er juillet 2010 au 30 juin 2011, la prime maximale est de 600 $ par adulte.

Contribution mensuelle

Au moment de l'achat, les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments doivent contribuer au paiement de leurs médicaments et des services pharmaceutiques. Elles le font sous la forme d'une franchise[24] et d'une coassurance[25], et ce, jusqu'à l'atteinte de leur contribution mensuelle maximale.

Le 1er juillet 2010, la franchise est passée de 14,95 $ à 16,00 $ par mois et la coassurance, à 32 % pour les adhérents adultes et les personnes de 65 ans ou plus.

En ce qui concerne la contribution maximale, elle varie en fonction des clientèles :

- 80,25 $ par mois (963 $ par année) pour les adhérents adultes et les personnes de 65 ans ou plus ne recevant aucun Supplément de revenu garanti;
- 49,97 $ par mois (600 $ par année) pour les personnes de 65 ans ou plus recevant moins de 94 % du Supplément de revenu garanti maximal (Supplément de revenu garanti partiel).

En vertu de la loi, les paramètres de contribution (franchise, coassurance et contribution maximale) ainsi que la prime peuvent être modifiés le 1er juillet de chaque année selon les taux d'ajustement que fixe la Régie en tenant compte de l'accroissement des coûts du régime.

Personnes exemptées

Les personnes de 65 ans ou plus qui reçoivent le Supplément de revenu garanti maximal et les adhérents qui ont un revenu équivalent sont exemptés du paiement de la prime. Il en est de même, depuis 2007, pour les personnes de 65 ans ou plus recevant 94 % ou plus du montant maximal du Supplément de revenu garanti.

Les enfants de moins de 18 ans inscrits au régime public d'assurance médicaments ne paient ni prime ni contribution à l'achat de médicaments à la pharmacie. Cela s'applique également aux personnes atteintes d'une déficience fonctionnelle survenue avant leurs 18 ans, à tous les prestataires d'une aide financière de dernier recours ainsi qu'aux personnes de 18 à 25 ans aux études à temps plein qui n'ont pas de conjoint et dont les parents sont inscrits au régime public.

---

24. La franchise est un montant fixe qui constitue la première tranche du coût des médicaments que doit payer la personne assurée à l'achat de médicaments couverts.

25. La coassurance est le pourcentage (ou la portion) du coût des médicaments qu'une personne assurée doit verser une fois la franchise payée. Autrement dit, lorsque le coût des médicaments dépasse celui de la franchise, la personne paie seulement une portion de l'excédent. C'est cette portion qu'on appelle la coassurance.

LE FINANCEMENT DU RÉGIME

Financement mixte

Le régime public d'assurance médicaments couvre environ 3,3 millions de personnes, tandis que 4,6 millions de personnes sont couvertes par des régimes privés que gèrent des assureurs ou des administrateurs de régimes d'avantages sociaux.

Le régime public est financé à même les crédits alloués à cet effet par le gouvernement et les sommes perçues par le Fonds de l'assurance médicaments à titre de primes ou de sommes dues. Les régimes privés sont financés par les employeurs et les employés qui versent des primes.

Les gestionnaires des régimes privés doivent mettre en commun les risques accrus découlant de l'application du régime général d'assurance médicaments. Pour ce faire, une approche de mutualisation comportant des seuils de mise en commun établis selon la taille du groupe a été retenue. Cette formule reconnaît un niveau de risque acceptable pour un groupe donné. L'étendue de la mutualisation a été fixée en fonction de la capacité d'un groupe à absorber une augmentation de prime. Les modalités appliquées sont communiquées annuellement au ministre de la Santé et des Services sociaux et ont, jusqu'ici, été reconnues conformes aux dispositions de la loi.

Mesures pour la récupération de sommes dues

Dans le cadre du plan gouvernemental pour assurer la viabilité du régime public d'assurance médicaments, des mesures ont été prises en 2002, conjointement avec Revenu Québec, afin de récupérer certaines sommes dues. Les efforts visent à régulariser notamment la situation des personnes qui sont couvertes par le régime public tout en étant admissibles à une assurance collective, et celle des personnes couvertes par le régime public qui ont omis de payer la prime au moment de produire leur déclaration de revenus. Les sommes récupérées en 2010-2011 totalisent 25,5 millions de dollars : 18,7 millions proviennent de la récupération de primes et 6,8 millions, du renforcement des contrôles de l'admissibilité. Ces sommes ont été versées au Fonds de l'assurance médicaments.

Entente administrative

Une entente est intervenue entre la Régie et Revenu Québec concernant la perception de la prime d'assurance médicaments et les activités connexes; elle est entrée en vigueur le 1er avril 2009.

Fonds de l'assurance médicaments

Le Fonds de l'assurance médicaments sert à payer le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis aux personnes assurées par la Régie et à leurs enfants. Les frais d'administration liés à la perception de la prime et à la gestion du régime public sont prélevés sur le Fonds.

La prime annuelle que doivent payer, en fonction de leur revenu, les adhérents et les personnes de 65 ans ou plus constitue l'une des sources de revenus du Fonds. Cette prime est calculée et perçue par Revenu Québec au moment de la production de la déclaration de revenus de l'année civile visée. Puisqu'il y a un décalage entre le moment où la prime est payée et celui où le Fonds assume le coût des médicaments et des services pharmaceutiques, le Fonds reçoit des avances du ministère des Finances pour pallier le déficit de liquidités. Comme il a été mentionné précédemment, un mécanisme permet à la Régie d'ajuster la prime maximale le 1er juillet de chaque année de façon qu'il soit possible de faire face aux obligations rattachées au Fonds.

Une autre source de revenus du Fonds est constituée des sommes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux. Elles sont versées en compensation de la non-application intégrale de la politique du prix le plus bas lors du remboursement du coût des médicaments ou conformément aux ententes de partage de risques financiers et aux ententes prévoyant la mise en place de mesures compensatoires. Le financement du Fonds de l'assurance médicaments est complété par des sommes que verse le ministre des Finances à même le Fonds consolidé du revenu permettant le paiement global des obligations prévues par le Fonds. Ces sommes sont toutefois limitées aux coûts générés par les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes de 65 ans ou plus.

LE COÛT DU RÉGIME PUBLIC

Le coût total des médicaments et des services pharmaceutiques fournis à l'ensemble des personnes assurées par la Régie a atteint 3 959 millions de dollars au cours de l'année se terminant le 31 mars 2011. Le coût du régime public a connu en 2010-2011 une augmentation (1,2 %) plus faible que pendant l'exercice 2009-2010 (5,9 %). Le coût indiqué ici ne tient pas compte des récupérations de sommes dues et autres ajustements comptables tels que les reflètent les états financiers du Fonds[26].

En 2010-2011, les contributions (franchise et coassurance) des personnes assurées se sont élevées à 742 millions de dollars, soit 18,7 % du coût total du régime public, tandis que la part du régime (coût total moins contributions des personnes assurées) se situait à 3 217 millions de dollars ou à 81,3 % du coût total.

Les facteurs qui expliquent la hausse du coût total du régime public sont l'augmentation du nombre de jours-ordonnances par participant (soit la somme des jours de traitement pour les ordonnances soumises divisée par le nombre de participants), la hausse du nombre de participants et le coût brut par jour-ordonnance.

Facteurs de croissance du coût total des médicaments du régime public d'assurance médicaments en 2010-2011 par rapport à 2009-2010	**Variation**
Nombre de jours-ordonnances par participant	2,07 %
Nombre de participants	2,19 %
Coût brut par jour-ordonnance	- 2,93 %

26. Pour plus de détails, voir les conventions comptables des états financiers du Fonds de l'assurance médicaments à la page 103.

COÛT DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS
D'AVRIL 2010 À MARS 2011

	Nombre de participants[27]	Coût total	Part assumée par le régime		Contribution des personnes assurées	
		M$	M$	%	M$	%
Prestataires d'une aide financière de dernier recours						
Adultes	300 565	672,4	672,4	100,0	-	-
Enfants de moins de 18 ans	65 591	18,4	18,4	100,0	-	-
Personnes aux études à temps plein, de 18 à 25 ans, sans conjoint	4 928	1,7	1,7	100,0	-	-
Total partiel	371 084	692,5	692,5	100,0	-	-
Personnes de 65 ans ou plus						
Recevant au moins 94 % du Supplément de revenu garanti maximal	67 666	194,3	194,3	100,0	-	-
Recevant moins de 94 % du Supplément de revenu garanti maximal	403 143	1 031,1	839,2	81,4	191,8	18,6
Ne recevant aucun supplément de revenu garanti	564 394	1 143,7	831,6	72,7	312,1	27,3
Total partiel	1 035 203	2 369,1	1 865,1	78,7	503,9	21,3
Adhérents						
Adultes	925 141	830,5	592,3	71,3	238,2	28,7
Enfants de moins de 18 ans et personnes à charge handicapées	199 413	54,1	54,1	100,0	-	-
Personnes aux études à temps plein, de 18 à 25 ans, sans conjoint	34 942	12,4	12,4	100,0	-	-
Total partiel	1 159 496	897,0	658,8	73,4	238,2	26,6
Sous-total	**2 565 783**	**3 958,6**	**3 216,5**	**81,3**	**742,1**	**18,7**
Autres[28]	-	(6,5)	(6,5)	100,0	-	-
Total	**2 565 783**	**3 952,1**	**3 210,0**	**81,2**	**742,1**	**18,8**

27. Un participant est une personne inscrite au régime public d'assurance médicaments qui s'est procuré un médicament sur ordonnance au moins une fois durant l'exercice 2010-2011.

28. Ce montant reflète la récupération des sommes auprès des personnes et d'autres ajustements comptables.

LE SUIVI DE LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT

Depuis l'adoption de la Politique du médicament en 2007, des changements réglementaires ont été introduits pour permettre l'application de la Loi sur l'assurance médicaments.

Ententes avec les fabricants pharmaceutiques

La loi prévoit que la Régie rende compte de deux types d'ententes conclues avec les fabricants de médicaments par le ministre en vertu de l'article 52.1 de la Loi sur l'assurance médicaments. Il s'agit des ententes de contribution conclues avec les fabricants de médicaments dans le but d'atténuer l'incidence financière des hausses de prix pour le régime public et des ententes de partage de risques financiers.

Au 31 mars 2011, 60 ententes étaient en vigueur et couvraient 59 fabricants.

ENTENTES AVEC LES FABRICANTS PHARMACEUTIQUES

	2010-2011
Nombre d'ententes	60
Nombre de fabricants visés par les ententes	59
Nombre de produits concernés	648
Sommes versées en application des ententes	12,5 M$

Avantages autorisés à un pharmacien

Depuis novembre 2007, le fabricant peut verser au pharmacien propriétaire certains avantages autorisés en vertu d'un règlement adopté à cet effet. Ces avantages, lorsque versés conformément au règlement, ne modifient pas le remboursement fait au pharmacien propriétaire selon le prix de vente garanti du fabricant. La nature de ces avantages est prévue par le règlement et varie selon qu'il s'agit de fabricants de médicaments innovateurs ou génériques.

Dans le cas du fabricant de médicaments innovateurs, il n'y a pas de limites à la valeur des avantages accordés à un pharmacien dans la mesure où il s'agit d'un bien ou d'un service, puisqu'aucune somme ne peut lui être versée directement ou indirectement. Pour le fabricant de médicaments génériques, la valeur des avantages accordés ne doit pas être supérieure à 20 % de la valeur totale des ventes du fabricant au pharmacien propriétaire. S'il s'agit de sommes versées au pharmacien, celles-ci doivent être affectées aux usages prévus par le règlement.

Pour démontrer qu'il respecte la limite prévue en matière d'avantages autorisés versés, chaque fabricant de médicaments génériques doit soumettre à la Régie un rapport au plus tard le 1er mars pour l'année se terminant le 31 décembre précédent. Ce rapport doit porter sur les ventes réalisées ainsi que les avantages consentis durant la même période. L'information requise doit être fournie pour chacune des pharmacies concernées. Il est à noter que le fabricant de médicaments innovateurs n'a pas à produire de rapport. De plus, la réglementation spécifie que le pharmacien propriétaire doit tenir à jour un registre de tous les avantages dont il a bénéficié.

Pour la troisième année d'application de la réglementation, les rapports annuels de 2009 provenant de 30 fabricants de médicaments génériques ont été confrontés à une centaine de registres de pharmaciens afin d'évaluer le respect de la réglementation. Dans le même esprit, pour l'exercice 2011-2012, la Régie compte obtenir un même nombre de registres de la part des pharmaciens pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2010.

États financiers du Fonds de l'assurance médicaments de l'exercice terminé le 31 mars 2011

RAPPORT DE LA DIRECTION

Le Fonds de l'assurance médicaments (le Fonds) est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. La direction de la Régie est responsable de la préparation et de la présentation des états financiers du Fonds, y compris les estimations et jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des méthodes comptables appropriées respectant les normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que la garantie que l'information financière présentée ailleurs dans le rapport d'activité est conforme à celle contenue dans les états financiers.

La direction maintient un système de contrôles internes et applique un programme de vérification interne. De cette façon, elle obtient une assurance raisonnable que l'actif est convenablement protégé et que les registres comptables constituent une base adéquate à l'établissement d'états financiers objectifs et fiables donnant une juste représentation de la situation financière et des opérations du Fonds.

Le conseil d'administration de la Régie est responsable de l'examen et de l'approbation des états financiers du Fonds ainsi que de la surveillance quant à la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Le conseil d'administration est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification de la Régie.

La Régie reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires du Fonds conformément aux lois et règlements qui régissent ces deux entités.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à l'audit des états financiers du Fonds conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. Il peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Le président-directeur général,

Marc Giroux, ASC

Québec, le 8 juin 2011

Le directeur du budget et des ressources financières,

Daniel Cloutier, CA

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

À l'Assemblée nationale

Rapport sur les états financiers

J'ai effectué l'audit des états financiers ci-joints du Fonds de l'assurance médicaments, qui comprennent le bilan au 31 mars 2011 et l'état des opérations pour l'exercice clos à cette date, ainsi que les notes complémentaires.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction de la Régie de l'assurance maladie du Québec est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de mon audit. J'ai effectué mon audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que je me conforme aux règles de déontologie et que je planifie et réalise l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers, afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

J'estime que les éléments probants que j'ai obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder mon opinion d'audit.

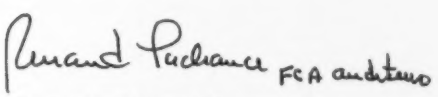
Opinion

À mon avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Fonds de l'assurance médicaments au 31 mars 2011, ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales et réglementaires

Conformément aux exigences de la *Loi sur le vérificateur général* (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces normes ont été appliquées de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Le vérificateur général du Québec,



Renaud Lachance, FCA auditeur

Québec, le 8 juin 2011

FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS
OPÉRATIONS
EXERCICE CLOS LE 31 MARS 2011

	2011	2010
	(en milliers de dollars)	
PRODUITS		
Contribution du Fonds consolidé du revenu	2 229 116	2 237 664
Primes – adhérents et personnes de 65 ans ou plus (note 3)	879 087	822 066
Moins : créances irrécouvrables reliées aux primes non perçues (note 4)	5 328	4 981
	873 759	817 085
Compensation du gouvernement du Québec (note 5)	158 300	161 500
	3 261 175	**3 216 249**
CHARGES		
Contributions à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour des médicaments et des services pharmaceutiques fournis aux :		
Personnes de 65 ans ou plus	1 867 509	1 855 761
Prestataires d'une aide financière de dernier recours	691 142	680 182
Adhérents	651 393	632 822
Frais d'administration		
Régie de l'assurance maladie du Québec (note 6)	39 091	37 004
Intérêts sur emprunt	2 354	1 358
Perception des primes par Revenu Québec (note 4)	9 686	9 122
	3 261 175	**3 216 249**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS
BILAN AU 31 MARS 2011

	2011	2010
	(en milliers de dollars)	
ACTIF		
À court terme		
Primes à recevoir	923 730	842 383
PASSIF		
À court terme		
Dû à la Régie de l'assurance maladie du Québec	367 743	281 630
Dû à Revenu Québec	61	60
Intérêts courus	267	100
Emprunt sur billets du Fonds de financement du gouvernement du Québec (note 7)	555 659	560 593
	923 730	842 383

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Pour le Fonds,

Marc Giroux, ASC
Président-directeur général

Suzanne Delisle, CA, ASC
Membre du conseil d'administration
Présidente du comité de vérification

FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS
NOTES COMPLÉMENTAIRES
31 MARS 2011

(Les montants dans les tableaux sont exprimés en milliers de dollars.)

1. Constitution, objet et financement

Le Fonds de l'assurance médicaments a été institué en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5). Il a pour objet d'assumer le coût des médicaments et services pharmaceutiques fournis à toute personne admissible qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Il est constitué des primes déterminées en fonction du revenu gagné au cours de l'année civile par toute personne, peu importe son âge, ne bénéficiant pas des garanties prévues en vertu d'une assurance collective ou d'un régime d'avantages sociaux.

Par contre, des exonérations de primes sont prévues dans la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5) et dans la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01) pour des catégories de personnes telles que les enfants, les prestataires d'une aide financière de dernier recours et certaines personnes âgées.

Le Fonds consolidé du revenu verse une contribution pour équilibrer les produits et les charges. Elle ne peut excéder le total des montants remboursés à la Régie pour les services fournis aux personnes de 65 ans ou plus et aux prestataires d'une aide financière de dernier recours (contributions et frais d'administration).

Le Fonds est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec et ses modes de gestion, de financement et d'opération sont stipulés dans sa loi constitutive. Selon cette loi, l'ensemble des sommes versées au Fonds doit permettre à long terme le paiement de ses obligations.

2. Méthodes comptables

La préparation des états financiers du Fonds, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par les états financiers. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations. Le principal élément faisant l'objet d'une estimation est le produit provenant de primes.

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté puisqu'il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice.

Aux fins de la préparation de ses états financiers, le Fonds utilise prioritairement le Manuel de l'ICCA pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Primes

La valeur estimative des primes est inscrite aux produits en proportion de la période de couverture d'assurance écoulée au 31 mars.

Cette estimation est établie en fonction des primes réelles observées au cours de l'année civile antérieure et de l'évolution du nombre de personnes assurées.

Les ajustements entre la valeur estimative des primes et leur valeur réelle sont comptabilisés au cours de l'exercice où ils sont connus.

3. Primes

L'estimation des primes se répartit comme suit :

	2011	2010
Adhérents	439 807	417 610
Personnes de 65 ans ou plus	439 280	404 456
	879 087	**822 066**

L'ajustement entre la valeur réelle des primes pour l'année civile 2009 et leur valeur estimative comptabilisée au 31 mars 2010, ainsi que d'autres ajustements pour des années antérieures à 2009, ont eu pour effet d'augmenter les primes de l'exercice en cours de 41,8 M$ (2010 : 45,1 M$).

4. Frais reliés aux activités de perception des primes par Revenu Québec

	2011	2010
Frais d'administration (perception)	9 686	9 122
Frais inhérents aux comptes à recevoir :		
Créances irrécouvrables reliées aux primes non perçues	5 328	4 981
	15 014	**14 103**

Revenu Québec est, selon la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'organisme chargé de percevoir les primes des adhérents et des personnes de 65 ans ou plus pour le Fonds de l'assurance médicaments. Dans le cadre de ce mandat, il facture au Fonds des frais d'administration ainsi que d'autres frais, reliés aux comptes à recevoir, qu'il doit supporter. Ces frais sont déterminés en fonction des dépenses réellement engagées par Revenu Québec. En vertu d'une entente signée en 2009 avec Revenu Québec, la réévaluation de ces frais est faite périodiquement et des mécanismes d'indexation sont prévus.

L'entente de 2009 avec Revenu Québec prévoit pour l'exercice clos le 31 mars 2010 et les suivants la prise en charge par le Fonds des frais des créances irrécouvrables reliées aux primes non perçues.

Les créances irrécouvrables reliées aux primes non perçues représentent 0,6 % (2010 : 0,6%) de l'estimation des primes au 31 mars 2011.

5. Compensation du gouvernement du Québec

Le ministère de la Santé et des Services sociaux verse cette compensation pour la non-application intégrale de la politique du prix le plus bas lors du remboursement du coût des médicaments. En effet, pour une période de quinze ans suivant l'inscription d'un médicament innovateur à la liste de médicaments, celui-ci est soustrait de l'application de cette politique.

6. Frais d'administration

Les frais d'administration imputés par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour les adhérents (toute personne qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux) ainsi que pour les personnes de 65 ans ou plus et les prestataires d'une aide financière de dernier recours sont indiqués dans le tableau suivant :

	Adhérents	Autres clientèles	2011	2010
Traitements et avantages sociaux	10 456	12 158	22 614	22 878
Amortissement des immobilisations corporelles	1 132	1 792	2 924	2 894
Locaux, équipement et ameublement	1 630	2 361	3 991	3 611
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	776	994	1 770	1 860
Réseau de communication interactive	519	2 725	3 244	3 113
Services professionnels et autres	2 322	2 129	4 451	2 543
Fournitures et approvisionnements	15	70	85	91
Intérêts et frais financiers	6	6	12	14
	16 856	**22 235**	**39 091**	**37 004**

7. Emprunt sur billets du Fonds de financement du gouvernement du Québec

	2011	2010
Emprunt sur billets renouvelables d'un maximum de 630 M$ échéant le 14 avril 2011, au taux de 1,25 %	555 659	
Emprunt sur billets renouvelables d'un maximum de 630 M$, à taux fixes variant entre 0,458 % et 0,474 %		560 593
	555 659	**560 593**
Flux de trésorerie		
Intérêts versés	2 188	1 846

Les annexes

SECTION 5

Cette partie regroupe des renseignements qui permettent de mieux comprendre la Régie et son mode de fonctionnement.

1- Lois et règlements principaux qu'applique la Régie 113

2- Programmes administrés par la Régie 115

3- Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 123

4- Complément d'informations financières relatives aux programmes administrés par la Régie 129

Annexe 1
Lois et règlements principaux qu'applique la Régie

LOIS ET RÈGLEMENTS POUR L'ADMINISTRATION ET L'APPLICATION DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE ET DE TOUT AUTRE PROGRAMME QUE LA LOI OU LE GOUVERNEMENT CONFIE À LA RÉGIE

- Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5).
- Règlements relatifs à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec :
  - Règlement [de la Régie] sur les conditions de transmission d'un document à la Régie de l'assurance maladie du Québec au moyen d'un support informatique ou par télécommunication (c. R-5, r.0.1 : décret 534-95 du 12 avril 1995);
  - Règlement [gouvernemental] sur les cotisations au régime d'assurance maladie du Québec (R.R.Q., 1981, c. R-5, r.1);
  - Règlement [gouvernemental] sur les cotisations au régime général d'assurance médicaments (c. R-5, r.1.1 : décret 1454-99 du 15 décembre 1999);
  - Règlement [de la Régie] de régie interne de la Régie de l'assurance maladie du Québec (c. R-5, r.4 : décret 125-84 du 18 janvier 1984);
  - Règlement [de la Régie] intérieur de la Régie de l'assurance maladie du Québec (en vigueur à la date de sa publication sur le site Internet de la Régie, le 2 octobre 2008);
  - Règlement intérieur concernant les délégations de pouvoirs et de fonctions du conseil d'administration au président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec (en vigueur depuis le 28 juin 2010) :
    - Subdélégations de pouvoirs et de fonctions du président-directeur général au personnel de la Régie de l'assurance maladie du Québec (en vigueur à la date de sa publication sur le site Internet de la Régie, le 28 juin 2010).
- Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29).
- Règlements relatifs à la Loi sur l'assurance maladie :
  - Règlement [gouvernemental] sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (c. A-29, r.0.01 : décret 1470-92 du 30 septembre 1992);
  - Règlement [gouvernemental] sur les aides auditives et les services assurés (c. A-29, r.0.02 : décret 869-93 du 16 juin 1993);
  - Règlement [gouvernemental] sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r.0.02.1 : décret 1403-96 du 13 novembre 1996);
  - Règlement [gouvernemental] sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r.0.03 : décret 612-94 du 27 avril 1994);
  - Règlement [gouvernemental] sur les appels d'offres pour la fourniture de fauteuils roulants ou d'aides auditives (c. A-29, r.0.1 : décret 609-90 du 2 mai 1990);
  - Règlement [gouvernemental] d'application de la Loi sur l'assurance maladie (R.R.Q., 1981, c. A-29, r.1);
  - Règlement [de la Régie] sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie (R.R.Q., 1981, c. A-29, r.2);
  - Règles sur les honoraires et les allocations des membres des comités de révision et les frais administratifs afférents à ces comités (c. A-29, r.2.1 : décret 419-2005 du 4 mai 2005);
  - Arrêté ministériel concernant la liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (c. A-29, r.3.4 : arrêté ministériel 96-07 du 28 novembre 1996);
  - Règlement sur la rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession (c. A-29, r.4 : décret 1781-93 du 8 décembre 1993);
  - Tarif des aides auditives et des services assurés (c. A-29, r.6 : décision du 8 février 2006);
  - Tarif des appareils suppléant à une déficience motrice et des services afférents assurés (c. A-29, r.7 : décision du 11 mars 2009).

- Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01).
- Règlements relatifs à la Loi sur l'assurance médicaments :
  - Règlement sur les avantages autorisés à un pharmacien (c. A-29.01, r.1.01 : décret 898-2007 du 17 octobre 2007);
  - Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments (c. A-29.01, r.1.1 : arrêté ministériel 1992 du 6 juillet 1992);
  - Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments (c. A-29.01, r.1.2 : arrêté ministériel 2007-005 du 1er juin 2007);
  - Règlement sur le régime général d'assurance médicaments (c. A-29.01, r.2 : décret 1519-96 du 4 décembre 1996).
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) :
  - Règlement sur la contribution des usagers pris en charge par les ressources intermédiaires (c. S-4.2, r.0.2.1 : décret 98-2001 du 7 février 2001);
  - Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (R.R.Q., 1981, c. S-5, r.1).

LOIS ET RÈGLEMENTS POUR L'ATTRIBUTION DES CONTRATS

- Loi sur les contrats des organismes publics (L.R.Q., c. C-65.1) :
  - Règlement sur les contrats d'approvisionnement des organismes publics (c. C-65.1, r.1 : décret 531-2008 du 28 mai 2008);
  - Règlement sur les contrats de travaux de construction des organismes publics (c. C-65.1, r.3 : décret 532-2008 du 28 mai 2008);
  - Règlement sur les contrats de services des organismes publics (c. C-65.1, r.2 : décret 533-2008 du 28 mai 2008).
- Loi sur l'administration financière (L.R.Q., c. A-6.001).
- Loi sur l'administration publique (L.R.Q., c. A-6.01).
- Loi sur le Centre de services partagés du Québec (L.R.Q., c. C-8.1.1).
- Loi sur les services gouvernementaux aux ministères et organismes publics (L.R.Q., c. S-6.1).
- Loi sur Services Québec (L.R.Q., c. S-6.3).

LOIS ET RÈGLEMENTS D'APPLICATION GÉNÉRALE

À titre d'exemples :

- Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (c. M-30, r.0.1 : décret 824-98 du 17 juin 1998) :
  - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie (adopté par le conseil d'administration de la Régie le 10 mars 2010).
- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1) :
  - Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels (c. A-2.1, r.0.2 : décret 408-2008 du 23 avril 2008);
  - Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements personnels (c. A-2.1, r.1.1 : décret 1856-87 du 9 décembre 1987).
- Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28) :
  - Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (R.R.Q., 1981, c. A-28, r.1).
- Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (L.R.Q., c. G-1.02).

Annexe 2
Programmes administrés par la Régie

A. PROGRAMMES ADMINISTRÉS ET APPLIQUÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement
Services médicaux		
• déterminés par la Loi sur l'assurance maladie	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
• pour toutes les personnes assurées		
• pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	1er février 1986	CSST[29]
Services optométriques		
• déterminés par règlement	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
• pour les personnes assurées de moins de 18 ans et celles de 65 ans ou plus	26 mai 1993	
• pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	15 mai 1992	
• pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours, conformément à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles[30]	1er octobre 1975	
• pour toutes les personnes assurées : examen partiel de la vision	9 septembre 1992	
• pour toutes les personnes assurées : examen d'urgence	10 septembre 2009	
• pour les personnes assurées ayant un diagnostic de diabète et traitées au moyen d'une médication ainsi que pour les personnes assurées présentant une myopie de 5 dioptries ou plus : examen sous dilatation du segment postérieur	10 septembre 2009	
• pour les personnes assurées de 16 ans ou moins : examen d'orthoptique	1er mars 1985	
Service de procréation médicalement assistée		
• déterminés par règlement	5 août 2010	Fonds des services de santé
Services de chirurgie buccale		
• déterminés par règlement	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
• pour toutes les personnes assurées		

29. Commission de la santé et de la sécurité du travail.

30. L.R.Q., c. A-13.1.1.

A. PROGRAMMES ADMINISTRÉS ET APPLIQUÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement
Services dentaires		
• déterminés par règlement	1er mai 1974	Fonds des services de santé
• pour les enfants		
• pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	4 avril 1979	
Médicaments et services pharmaceutiques		
• déterminés par règlement et inscrits sur la *Liste de médicaments*	1er août 1972	Fonds de l'assurance médicaments
• pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours		
• pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours, conformément à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles	1er octobre 1975	Fonds de l'assurance médicaments
• pour les personnes de 65 ans ou plus qui n'adhèrent pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle, ou qui ne sont pas bénéficiaires d'un tel contrat ou d'un tel régime	1er janvier 1997	Fonds de l'assurance médicaments
• pour toute personne qui n'a pas accès à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel ou de toute autre occupation habituelle, ou que nul n'est tenu de couvrir comme bénéficiaire	1er janvier 1997	Fonds de l'assurance médicaments
Appareils suppléant à une déficience physique		
• déterminés par règlement	1er juillet 1975	Fonds des services de santé
• pour toute personne ayant une déficience motrice, selon les conditions prévues par le règlement		
Aides visuelles		
• déterminées par règlement	30 novembre 1977	Fonds des services de santé
• pour les personnes aveugles et celles qui ont une basse vision, et qui sont inaptes à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement familier		

A. PROGRAMMES ADMINISTRÉS ET APPLIQUÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement
Aides auditives		
• déterminées par règlement	22 août 1979	Fonds des services de santé
• pour toute personne ayant une déficience auditive, selon les conditions prévues par le règlement		
Bourses de recherche		
• déterminées par règlement	10 septembre 1975	Fonds des services de santé
• pour des personnes qui désirent faire de la recherche au Québec dans une science de la santé		
Bourses d'études		
• déterminées par règlement	11 juin 1975	Fonds des services de santé
• pour des étudiants en médecine, contre engagement à fournir, dès la fin de leur formation médicale, des services assurés dans un territoire désigné par le ministre		
• pour les résidents en médecine familiale	20 novembre 1985	

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Accord[31] et décret
Prothèses mammaires externes pour les femmes ayant subi une mastectomie totale ou radicale, ou ayant une absence totale de formation du sein			
• versement tous les deux ans du montant forfaitaire pour compenser le coût lié à l'achat ou au remplacement d'une prothèse mammaire	1er janvier 1978	Fonds des services de santé	Accord MSSS[32]-RAMQ[33] Décret 1177-96
• remboursement tous les deux ans du coût excédant le montant forfaitaire aux prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er mars 1993		Accord MESS[34]-RAMQ Décret 1187-96

31. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2011.
32. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
33. Régie de l'assurance maladie du Québec.
34. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Accord[35] et décret
Services hospitaliers rendus hors du Québec	29 janvier 1976	MSSS	Accord MSSS-RAMQ AC-4835-75
Prothèses oculaires pour les personnes assurées ayant besoin d'un œil artificiel • allocation pour l'achat ou le remplacement d'une prothèse, et montant forfaitaire pour son entretien et sa réparation • remboursement du coût lié à l'achat, au remplacement ou à l'entretien qui excède l'allocation maximale pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er avril 1981 1er mars 1993	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1272-98 Accord MESS-RAMQ Décret 1273-98
Appareils fournis aux stomisés permanents • remboursement d'un montant compensatoire annuel à toutes les personnes assurées • remboursement de l'excédent de ce montant compensatoire aux prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er avril 1981 1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1383-91 Accord MESS-RAMQ Décret 430-96
Services hospitaliers fournis dans une province à des malades hospitalisés ou externes, domiciliés dans une autre province	1er octobre 1981	Recouvrements de la province où se trouve le domicile	Accord MSSS-RAMQ Décret 1405-87
Prothèses dentaires acryliques fournies par les denturologistes pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	9 avril 1979	Fonds des services de santé	Accord MESS-RAMQ Décret 427-96 Décret 812-2006
Services optométriques fournis aux personnes ayant une déficience visuelle et âgées de 18 ans ou plus mais de moins de 65 ans et inscrites dans un centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience visuelle	15 mai 1992	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1225-99
Rémunération des résidents en médecine	3 septembre 1978	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1146-87
Médicaments et services pharmaceutiques pour les personnes atteintes d'infections transmissibles sexuellement	1er avril 1992	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 972-96

35. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2011.

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Accord[36] et décret
Paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique	1er septembre 1988	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1053-90
Services assurés pour les ressortissants étrangers ayant versé une prime en vertu d'un accord avec le ministre de la Santé et des Services sociaux	1er novembre 1976	Primes payées par les ressortissants étrangers	Accord MSSS-RAMQ Décret 608-83 Décret 474-95
Rémunération de certains services professionnels fournis par un médecin et couverts par la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles	1er mai 1989	MESS	Accord MESS-RAMQ Décret 435-91
Rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la Loi sur le curateur public	15 avril 1990	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1296-92
Rémunération du médecin pour le prélèvement sanguin et la rédaction du certificat prévus par le Code criminel	1er septembre 1990	Fonds des services de santé	Accord MSP[37]-RAMQ Décret 144-91
Rémunération des professionnels de la santé pour les biens et les services rendus en vertu de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels	1er janvier 1981	CSST	Accord RAMQ-CSST Décret 3246-81
Médicaments et services pharmaceutiques dans le cadre du programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et dans les établissements privés non conventionnés pour les personnes âgées de 65 ans ou plus	1er février 1994	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1187-97
Rémunération des dentistes œuvrant dans une direction régionale de santé publique	1er avril 1996	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 848-96
Médicaments et services pharmaceutiques pour la chimioprophylaxie et pour le traitement de la tuberculose	17 février 1997	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 98-97
Rémunération des optométristes travaillant dans les centres de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle	1er janvier 1997	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 749-97
Rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec	1er avril 1999	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 90-2010

36. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2011.

37. Ministère de la Sécurité publique.

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)[38]

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Accord[39] et décret
Gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence offerts en pharmacie	17 décembre 2003	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 983-2003
Remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques	23 mars 2004	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1283-2003
Services rendus par les membres des comités d'évaluation des victimes d'immunisation ou par des experts que ces comités consultent	1er mai 1988	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1230-88
Tierce responsabilité visée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et par la Loi sur l'assurance-hospitalisation	29 octobre 1975	Recouvrements des tiers responsables	Accord MSSS-RAMQ Décret 609-83
Rémunération des pharmaciens dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments chez certains prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er février 1990	Fonds des services de santé	Accord MSSS-MESS-RAMQ Décret 431-96
Rémunération des médecins de la Corporation d'Urgences-santé du Montréal métropolitain assignés à témoigner	1er mai 1990	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 407-90
Rémunération des médecins pour leur présence à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse	18 décembre 1991 (médecins spécialistes) 16 juin 1992 (médecins omnipraticiens)	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1610-92
Rémunération des médecins exerçant à titre de médecin-conseil ou de coordonnateur des services préhospitaliers auprès des agences de la santé et des services sociaux ou à titre de membre d'une commission médicale régionale	1er janvier 1995 (médecins omnipraticiens) 1er octobre 1995 (médecins spécialistes)	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1189-97
Exonération financière pour les services d'aide domestique	1er septembre 1997	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1012-2009

38. La Régie administre aussi des programmes qui n'ont pas trait à une couverture de services.

39. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2011.

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Accord[40] et décret
Aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC)	28 juin 1999	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 863-99 Décret 300-2004
Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie	30 octobre 2009	MSSS	Décret 1386-2009

C. FONCTIONS DÉLÉGUÉES À LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Entente[41] et décret
Contribution financière des adultes hébergés	1er septembre 1997	MSSS	Ententes MSSS-RAMQ et MESS-RAMQ Décret 520-99
Contribution des usagers pris en charge par une ressource intermédiaire	1er avril 2001	MSSS	Entente MSSS-RAMQ Décret 341-2001

D. PROCÉDURE DE RÉCLAMATION DÉCOULANT D'UN JUGEMENT DE LA COUR SUPÉRIEURE DU QUÉBEC

Procédure de réclamation	Entrée en vigueur	Source de financement
Remboursement de sommes à des femmes qui ont dû débourser pour obtenir une interruption volontaire de grossesse	24 février 2007[42]	Fonds d'indemnité déposé par le gouvernement du Québec auprès de la Fiducie Desjardins

40. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2011.

41. Les ententes sont indiquées sous les noms des ministères au 31 mars 2011.

42. La Régie a été désignée comme administrateur de la procédure par la Cour supérieure le 14 novembre 2006.

E. BANQUES DE DONNÉES CONFIÉES À LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Des banques de données sont confiées à la Régie en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elles contiennent un sous-ensemble des données collectées et utilisées par les établissements ou les organismes du réseau de la santé et des services sociaux. Ces données portent sur les services rendus aux clientèles du réseau.

Banque de données	Source de financement	Accords
Banque de données commune sur la clientèle et les services des centres locaux de services communautaires La banque contient des données non nominatives sur les usagers des centres locaux de services communautaires, sur les demandes de services ainsi que sur les interventions et activités ponctuelles réalisées pour ces usagers.	Fonds des services de santé	Entente MSSS-RAMQ 30 novembre 2000
Classification des données cliniques Cette banque de données sert à la constitution et à la validation du contenu des banques de données communes, notamment MED-ÉCHO, le Fichier des tumeurs du Québec et le Registre des traumatismes du Québec.	Fonds des services de santé	Entente MSSS-RAMQ 31 août 2000
Données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) La banque contient les informations relatives aux hospitalisations et aux inscriptions en chirurgie d'un jour dans les établissements québécois de soins généraux et spécialisés.	Fonds des services de santé	Entente MSSS-RAMQ 31 août 2000
Fichier des tumeurs du Québec À partir des données de MED-ÉCHO, ce fichier recueille un ensemble de données sur le cancer et sur les personnes atteintes de cette maladie, notamment sur les tumeurs malignes primaires.	Fonds des services de santé	Entente MSSS-RAMQ 31 août 2000
Registre des salles d'urgence Les données du registre sont utilisées, entre autres, pour connaître l'achalandage des salles d'urgence et les délais de séjour à l'urgence. L'exploitation du registre permet la planification et l'organisation des services des centres hospitaliers.	Fonds des services de santé	Entente MSSS-RAMQ 31 août 2000
Registre des traumatismes du Québec Le registre contient des renseignements sur les victimes de traumatismes majeurs, notamment l'événement ayant causé le traumatisme, l'intervention préhospitalière, le séjour à l'urgence et le suivi en milieu hospitalier.	Fonds des services de santé	Entente MSSS-RAMQ 30 novembre 2000

Annexe 3
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Ce code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie a été adopté par le conseil d'administration le 10 mars 2010. Il a remplacé celui qui avait été adopté le 13 octobre 1999.

PRÉAMBULE

La Régie de l'assurance maladie du Québec (« la Régie ») administre les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi qu'un ensemble de programmes complémentaires. Elle informe la population, gère l'admissibilité des personnes, rémunère les professionnels de la santé et assure une circulation sécuritaire de l'information.

La Régie est administrée par un conseil d'administration composé de quinze membres, dont le président du conseil et le président-directeur général. Le président-directeur général est assisté par des vice-présidents. Les membres du conseil d'administration et les vice-présidents sont nommés par le gouvernement du Québec.

Guidée par ses valeurs que sont le respect, la responsabilité, l'équité et la vigilance, la Régie entend être reconnue comme un partenaire dynamique dans la gestion et l'évolution du système de santé québécois.

Conscients des enjeux auxquels est confrontée la Régie, les membres du conseil d'administration œuvrent à développer une gouvernance fondée sur les principes d'efficacité, de transparence et d'imputabilité.

Soucieux de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de leurs décisions, les membres du conseil d'administration de la Régie adoptent le présent Code d'éthique et de déontologie.

1. DÉFINITIONS

Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

a) « ***Administrateur*** » : désigne un membre du conseil d'administration de la Régie nommé par le gouvernement, incluant le président du conseil et le président-directeur général;

b) « ***Code*** » : désigne le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie approuvé par le conseil d'administration;

c) « ***Intérêt*** » : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;

d) « ***Conflit d'intérêts*** » : désigne toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur pourrait être porté à favoriser indûment l'intérêt d'une personne (y compris le sien, celui d'un membre de sa famille ou d'une personne à laquelle il est lié) au détriment de l'intérêt public, celui de la Régie, des personnes assurées ou d'une autre personne. Toute situation susceptible de porter atteinte à la loyauté, à l'intégrité ou au jugement de l'administrateur est également visée par la définition;

e) « ***Conseil*** » : désigne le conseil d'administration de la Régie;

f) « ***Conseiller en éthique*** » : désigne le conseiller en éthique de la Régie et du conseil;

g) « ***Information confidentielle*** » : toute information ayant trait à la Régie, aux régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments, au système de santé et de services sociaux ou toute information de nature stratégique qui n'est pas connue du public et qui, si elle était divulguée par un administrateur, serait susceptible de procurer un avantage indu à la personne qui reçoit l'information ou de compromettre la réalisation d'une orientation, d'une opération, d'un programme ou d'un projet de la Régie ou du gouvernement;

h) « ***Personne liée*** » : personne liée à un administrateur, cette personne ayant un lien par le sang, le mariage, l'union civile, l'union de fait ou l'adoption. Aux fins du présent Code, est également une personne liée, l'enfant d'une personne ayant un lien avec l'administrateur par le mariage, l'union civile, l'union de fait ou l'adoption, un membre de sa famille immédiate vivant sous le même toit, la personne ou la société de personnes à laquelle un administrateur est associé, la personne morale dont l'administrateur détient directement ou indirectement 10 % ou plus d'une catégorie de titres comportant droit de vote, la personne morale qui est contrôlée par l'administrateur ou par une personne liée au sens du présent paragraphe ou par un groupe de ces personnes agissant conjointement; toute personne qu'un administrateur pourrait être porté à favoriser en raison de sa relation avec un tiers, de son statut, de son titre ou autre;

i) « ***Président du conseil*** » : désigne le président du conseil d'administration de la Régie;

j) « ***Président-directeur général*** » : désigne le président et chef de la direction de la Régie;

k) « ***Règlement intérieur*** » : désigne le Règlement intérieur de la Régie de l'assurance maladie du Québec adopté par le conseil conformément à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec;

l) « ***Secrétaire*** » : désigne le secrétaire du conseil.

2. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.1 **Objet.** Le présent Code a pour objet d'établir les principes d'éthique et les règles de déontologie applicables aux administrateurs de la Régie et au secrétaire.

Les principes d'éthique énoncent les valeurs qui doivent en toute occasion guider l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions.

Les règles de déontologie portent sur les devoirs, les responsabilités et les obligations des administrateurs.

2.2 **Conformité.** Le présent Code est établi en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30) et conformément aux exigences du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics qui en découle (L.R.Q., c. M-30, a. 3.0.1 et 3.0.2; 1997, c. 6, a. 1). Il reflète et complète les dispositions de ces derniers.

L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par cette loi, ce règlement et le présent Code ainsi que ceux établis par le code de déontologie adopté par l'ordre professionnel auquel il appartient, le cas échéant. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent. Sa conduite doit pouvoir résister à l'examen public le plus minutieux.

2.3 **Approbation et révision.** Conformément à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (L.R.Q., c. G-1.02), et au Règlement intérieur, le conseil approuve le présent Code, sur recommandation du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines lequel en assure la révision périodique.

2.4 **Interprétation.** Dans le présent Code, l'interdiction de poser un geste inclut la tentative de poser ce geste, et toute participation ou incitation à le poser.

3. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

3.1 **Conduite.** Dans l'exercice de ses fonctions, l'administrateur agit avec loyauté, honnêteté, intégrité et dans le respect du droit.

Il adhère aux valeurs organisationnelles de la Régie que sont le respect, la responsabilité, l'équité et la vigilance et favorise le développement d'une culture de l'éthique au sein de la Régie et de son conseil.

L'administrateur entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

3.2 **Contribution.** L'administrateur contribue, dans l'accomplissement de ses fonctions, à la réalisation de la mission et de la vision de la Régie en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances et son expérience, et en faisant preuve de diligence et de prudence.

L'administrateur exerce un jugement indépendant et impartial dans le meilleur intérêt de la Régie et de ses clientèles.

L'administrateur participe activement aux activités du conseil et maintient à jour ses connaissances. Il se prépare adéquatement aux rencontres, fait preuve d'assiduité, favorise l'esprit de collaboration au sein du conseil et contribue aux délibérations au meilleur de sa compétence.

L'administrateur s'enquiert de tout renseignement qu'il juge utile au sujet des activités de la Régie afin de s'acquitter efficacement de son mandat.

4. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

A) RÈGLES GÉNÉRALES

4.1 **Lois et règlements.** Aux fins de se conformer aux règles de déontologie qui lui sont applicables, l'administrateur prend connaissance de la section I.1 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics et de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État.

4.2 **Attestation.** Lors de sa nomination, l'administrateur atteste avoir pris connaissance du présent Code et s'engage à le respecter. Il signe à cet effet le formulaire d'engagement relatif aux règles en matière d'éthique et de déontologie applicables aux membres du conseil.

4.3 **Affaires personnelles.** L'administrateur doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne nuisent pas à l'exercice de ses fonctions et lui permettent de consacrer le temps et l'attention que ces dernières requièrent.

4.4 **Reddition de comptes.** L'administrateur reconnaît que le conseil doit rendre compte de ses décisions au gouvernement ainsi qu'au public en général. Il doit être en mesure de justifier la conduite qu'il adopte dans l'exercice de ses fonctions et faire preuve de transparence.

4.5 **Considérations politiques et réserve.** L'administrateur doit prendre ses décisions indépendamment de toute considération politique partisane.

L'administrateur doit faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.

4.6 **Non-ingérence.** L'administrateur s'abstient d'utiliser son statut pour tenter d'influencer la décision d'un fonctionnaire dans un dossier dont celui-ci assume la responsabilité.

4.7 **Rémunération.** Un administrateur doit s'abstenir de recevoir quelque somme que ce soit en plus des remboursements auxquels il a droit.

4.8 **Services rémunérés.** L'administrateur ne doit offrir aucun service-conseil ou autre service à la Régie contre rémunération, que ce soit à titre personnel ou par l'intermédiaire d'une personne liée ou d'une entité dans laquelle lui ou une personne liée détiennent des intérêts.

4.9 **Services professionnels.** Nonobstant ce qui est prévu à l'article 4.8, il est permis à un administrateur de recevoir des honoraires pour des biens et services prodigués dans le cadre d'un programme administré par la Régie.

4.10 **Avantages et cadeaux.** L'administrateur ne peut, directement ou indirectement, accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même, une personne qui lui est liée ou un tiers.

L'administrateur ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou avantages autres que ceux d'usage et d'une valeur modeste. Tout cadeau, marque d'hospitalité ou avantage ne correspondant pas à ces critères doit être retourné au donateur ou à l'État.

4.11 **Biens.** L'administrateur doit s'abstenir d'utiliser directement ou indirectement les biens de la Régie à son profit ou au profit d'un tiers.

4.12 **Information.** L'administrateur ne doit communiquer ni permettre que soit communiquée une information confidentielle dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions qu'aux personnes autorisées à la connaître. En outre, cette information ne doit pas être utilisée à son avantage personnel, ni à celui de personnes liées ou celui d'un groupe d'intérêts en particulier. En cas de doute, il doit faire preuve de prudence et peut consulter le conseiller en éthique.

4.13 **Cessation de fonctions.** L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue ni donner à quiconque des conseils fondés sur cette information.

Il lui est interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir en son nom ou pour le compte d'autrui relativement à une opération à laquelle la Régie est partie prenante et sur laquelle il détient de l'information confidentielle.

Un administrateur ne peut traiter, dans les circonstances qui sont prévues au deuxième alinéa, avec un administrateur qui a quitté ses fonctions, et ce, dans l'année qui suit son départ.

B) RÈGLES CONCERNANT LES INTÉRÊTS

4.14 **Prévention.** Il incombe à l'administrateur de prendre en tout temps les mesures nécessaires pour éviter de se placer dans une situation de conflit d'intérêts.

4.15 **Interdiction.** L'administrateur ne peut avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association le mettant en conflit d'intérêts. Tout administrateur ayant un tel intérêt doit, sous peine de révocation, se conformer aux dispositions 4.17, 4.18 et 4.19.

Lorsqu'il se trouve en conflit d'intérêts en raison d'une succession ou d'une donation, l'administrateur doit y renoncer ou en disposer avec diligence.

Il ne peut, dans le but de contourner les présentes règles, ni vendre ni céder les biens litigieux à des personnes liées.

Le présent article n'a toutefois pas pour effet d'empêcher un administrateur de se prononcer sur des mesures d'application générale relatives aux conditions de travail auxquelles il est assujetti en raison de son occupation professionnelle.

4.16 **Situations.** Les situations suivantes peuvent constituer des conflits d'intérêts :

- avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de la Régie;
- obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision de la Régie;
- avoir une réclamation litigieuse contre la Régie;
- se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

4.17 **Déclaration d'intérêts.** L'administrateur doit remettre au président du conseil, dans les 60 jours suivant sa nomination et au 1er avril de chaque année où il demeure en fonction, une déclaration relative aux intérêts et autres fonctions rédigée dans la forme prévue. Cette déclaration vise à divulguer les informations suivantes :

- les intérêts financiers détenus à titre de créancier, d'actionnaire, de détenteur de parts ou d'options, de propriétaire ou autrement, dans une entreprise, une société, une association ou un organisme, à but lucratif ou sans but lucratif, dont le domaine d'activité est, ou est susceptible d'être, lié à ceux de la Régie;
- les conseils d'administration auxquels il siège, les autres fonctions qu'il exerce à titre de dirigeant, de gérant ou de cadre supérieur et pour chacune des fonctions exercées, le nom de l'entreprise, de la société, de l'association ou de l'organisme et son champ d'activité;
- les droits que lui ou une personne liée peuvent faire valoir contre la Régie, incluant leur nature et leur valeur;
- toute situation sur les plans personnel, professionnel ou philanthropique touchant une personne liée ou lui-même, qu'il y aurait lieu d'évaluer afin de déterminer si elle est susceptible de créer un conflit avec l'exercice de ses fonctions ou de susciter une controverse ou un doute raisonnable.

L'administrateur produit une déclaration même s'il n'a pas d'intérêts ou de situation particulière à divulguer et la remet au président du conseil.

Dans le cas du président du conseil, sa déclaration doit être remise au secrétaire.

4.18 **Modification d'intérêts en cours de mandat.** L'administrateur doit informer le président du conseil de toute modification à sa déclaration relative aux intérêts et autres fonctions dans la forme prévue, et ce, dans les 30 jours suivant la survenance d'un changement significatif au contenu de sa dernière déclaration d'intérêts.

Dans le cas du président du conseil, toute modification doit être signalée au secrétaire.

Une déclaration de modification d'intérêts communiquée verbalement par un administrateur et consignée au procès-verbal d'une rencontre du conseil tient lieu de déclaration écrite.

4.19 **Abstention.** Lorsqu'il est établi qu'un administrateur est en conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent en cours de mandat, ce dernier doit s'abstenir de participer à toute délibération ou à tout vote du conseil sur une question liée aux intérêts qu'il détient et ne doit tenter en aucune façon d'influencer la décision s'y rapportant.

Il doit se retirer de la réunion du conseil pour la durée des délibérations et du vote sur cette question. Le procès verbal doit faire état de son absence ou de son abstention de participer aux discussions.

Le président du conseil peut décider de toute mesure additionnelle jugée appropriée pour assurer la primauté de l'intérêt public et préserver l'intégrité de la Régie et la confiance du public.

4.20 **Traitement confidentiel.** Le président du conseil remet toutes les déclarations relatives aux intérêts et autres fonctions et toute modification de ces déclarations reçues en vertu des articles 4.17 et 4.18 au secrétaire, qui les joint au dossier personnel de

chaque administrateur créé à cet effet et gardé en sécurité au Secrétariat général de la Régie.

Le président du conseil, le conseiller en éthique et son représentant et, au besoin, les membres du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines, sont les seules personnes ayant accès aux déclarations d'intérêts des administrateurs, et doivent en assurer la confidentialité.

5. MISE EN ŒUVRE

5.1 **Rôle du président du conseil.** Le président du conseil est responsable de l'application du présent Code par les administrateurs.

Il assure le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournit aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations ou sur toute autre question de nature éthique ou déontologique. À cette fin, il peut prendre conseil auprès du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines et du conseiller en éthique.

Dès qu'il a pris connaissance des déclarations relatives aux intérêts et autres fonctions, ou des modifications à celles-ci, le président du conseil doit établir s'il y a conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent. Dans l'affirmative, il doit entreprendre des mesures visant la résolution du conflit.

Lorsque la situation le requiert, en raison notamment d'un enjeu concernant la responsabilité ou le bon fonctionnement du conseil, le président informe ce dernier de la survenance d'un cas de manquement à l'éthique ou à la déontologie et du suivi qu'il entend y apporter.

5.2 **Rôle du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines.** Le comité peut conseiller le président du conseil en matière d'éthique et de déontologie et l'assister dans ses travaux concernant l'application et l'interprétation du présent Code.

Le comité porte à l'attention du président toute question qu'il juge pertinente.

Lorsqu'un manquement possible à l'éthique est soulevé concernant un administrateur, le comité peut, à la demande du président du conseil, recueillir toute information pertinente. Il fait rapport écrit au président du conseil de ses constatations et lui recommande des mesures à prendre, s'il y a lieu.

Le comité peut consulter des conseillers ou des experts sur toute question qu'il juge à propos et recevoir des avis de leur part, notamment le conseiller en éthique.

Le comité exerce également les fonctions qui lui sont dévolues en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec et du Règlement intérieur.

5.3 **Rôle du conseiller en éthique.** Le conseiller en éthique assiste le président du conseil et le comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines dans l'application du présent Code.

Il voit également à faire publier dans le rapport annuel de gestion de la Régie le présent Code ainsi que tout autre renseignement de nature éthique ou déontologique exigé par la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Loi sur l'administration publique, la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État ou par les ministères et organismes centraux du gouvernement.

6. PROCESSUS DISCIPLINAIRE

6.1 **Processus disciplinaire applicable.** Le processus disciplinaire applicable aux membres du conseil dans les cas de non-respect du Code est celui prévu au chapitre VI du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, dont les principaux éléments sont résumés ci-après. Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif est l'autorité compétente pour agir en matière disciplinaire.

6.2 **Manquement au code.** Lorsque le président du conseil a des motifs raisonnables de croire qu'un administrateur n'a pas respecté l'une ou l'autre des dispositions du présent Code, il entreprend les démarches visant l'application du processus disciplinaire applicable.

6.3 **Communication à l'autorité compétente.** Le président du conseil informe, dans les plus brefs délais, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif. Le président du conseil lui remet le dossier complet de l'administrateur en cause, incluant toute information

susceptible d'aider l'autorité compétente à évaluer la situation et à appliquer les mesures disciplinaires le cas échéant.

6.4 **Situations urgentes.** L'administrateur à qui l'on reproche des manquements à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions, par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

6.5 **Communication à l'administrateur en cause.** L'autorité compétente fait part à l'administrateur des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

6.6 **Sanctions.** Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu au présent Code d'éthique et de déontologie, l'autorité compétente lui impose une sanction. La sanction qui peut être imposée est la réprimande, la suspension d'une durée maximale de trois mois ou la révocation. Toute sanction imposée à un administrateur, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

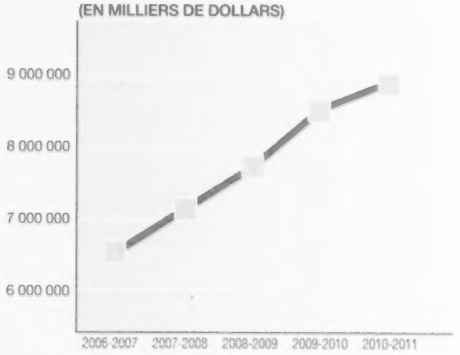
Annexe 4
Complément d'informations financières relatives aux programmes administrés par la Régie

En complément de la section sur les ressources financières du présent rapport annuel, voici une présentation détaillée des coûts des programmes qu'administre la Régie.

COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Crédits d'assurance maladie					
Services médicaux	3 360 594	3 579 285	4 013 660	4 462 723	4 799 993
Médicaments et services pharmaceutiques	2 090 115	2 280 132	2 400 780	2 535 943	2 558 651
Aides techniques	127 667	129 192	134 726	153 292	147 432
Services dentaires	101 411	112 580	119 366	133 807	135 055
Services optométriques	33 940	37 718	38 266	42 242	41 018
Bourses	9 352	12 610	13 942	14 452	14 861
Sous-total	5 723 079	6 151 517	6 720 740	7 342 459	7 697 010
Autres programmes confiés					
Services médicaux	210 977	231 237	272 391	261 050	265 288
Médicaments et services pharmaceutiques	548 190	584 562	602 060	635 891	654 753
Services hospitaliers	151 849	167 021	178 875	201 758	217 982
Services dentaires	2 410	2 418	2 518	2 888	2 793
Services optométriques	1 664	2 420	1 243	1 919	1 893
Services d'aide domestique	45 715	51 809	57 936	60 445	59 022
Aide financière (hépatite C)	878	431	661	368	863
Sous-total	961 683	1 039 898	1 115 684	1 164 319	1 202 594
Total	**6 684 762**	**7 191 415**	**7 836 424**	**8 506 778**	**8 899 604**

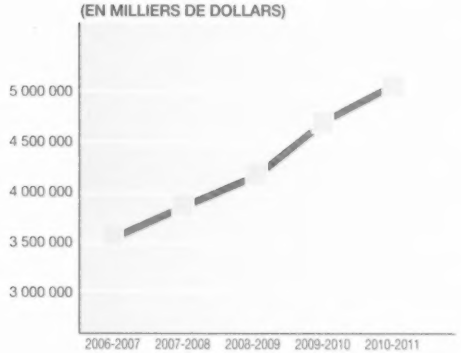
ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



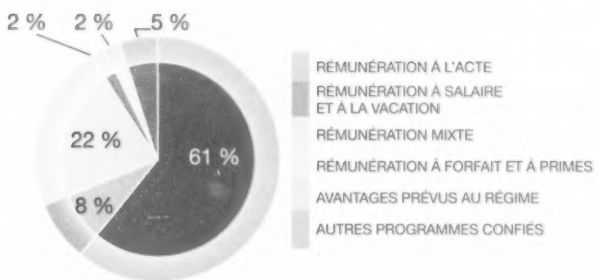
SERVICES MÉDICAUX
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Crédits d'assurance maladie	3 360 594	3 579 285	4 013 660	4 462 723	4 799 993
Rémunération à l'acte	2 302 596	2 393 891	2 614 054	2 851 211	3 078 284
Spécialistes	1 302 255	1 357 814	1 517 098	1 662 565	1 802 972
Omnipraticiens[43]	974 105	1 008 183	1 064 714	1 154 044	1 240 330
Remboursements versés aux personnes assurées	16 777	17 980	21 733	22 654	22 893
Professionnels de la santé hors du Québec	9 459	9 914	10 509	11 948	12 089
Rémunération à salaire et à la vacation	314 633	334 875	361 053	384 007	390 040
Vacation et honoraires forfaitaires	237 285	249 818	278 393	299 746	308 069
Salaires et honoraires fixes	77 348	85 057	82 660	84 261	81 971
Rémunération mixte	658 607	712 684	856 904	1 026 692	1 108 777
Spécialistes	656 124	709 687	853 368	1 022 958	1 105 033
Omnipraticiens	2 483	2 997	3 536	3 734	3 744
Rémunération à forfait et à primes[43]	12 538	58 460	104 512	113 020	134 127
Forfait	12 538	54 444	86 954	96 584	117 359
Primes	-	4 016	17 558	16 436	16 768
Avantages prévus au régime	72 220	79 375	77 137	87 793	88 765
Mesures incitatives et particulières	26 625	28 349	30 176	42 064	39 959
Assurance responsabilité professionnelle	45 595	51 026	46 961	45 729	48 806
Autres programmes confiés	210 977	231 237	272 391	261 050	265 288
Rémunération des résidents en médecine	130 108	144 362	158 005	170 034	185 235
Commission de la santé et de la sécurité du travail	79 303	85 354	112 777	89 358	78 798
Soutien financier et Victimes d'immunisation	1 134	1 092	1 118	1 160	1 212
Évaluation de l'état mental d'un accusé	431	429	491	498	43
Services assurés non disponibles au Québec	1	-	-	-	-
Total	**3 571 571**	**3 810 522**	**4 286 051**	**4 723 773**	**5 065 281**

ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



RÉPARTITION DES COÛTS

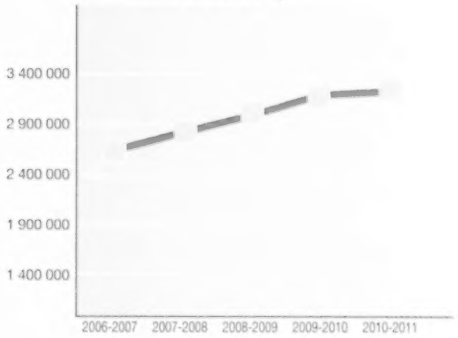


43. La rémunération à forfait et à primes est présentée distinctement de la rémunération à l'acte des omnipraticiens pour les trois derniers exercices. En effet, ce mode de rémunération étant en hausse, il est comptabilisé distinctement depuis le 1er avril 2008, ce qui permet d'en assurer un meilleur suivi.

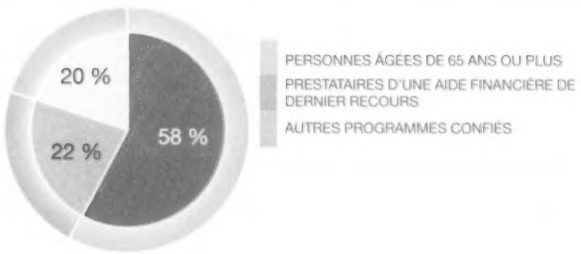
MÉDICAMENTS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Crédits d'assurance maladie	2 090 115	2 280 132	2 400 780	2 535 943	2 558 651
Personnes âgées de 65 ans ou plus (RPAM[44])	1 509 623	1 650 647	1 748 652	1 855 761	1 867 509
Prestataires d'une aide financière de dernier recours (RPAM)	580 492	629 485	652 128	680 182	691 142
• de moins de 65 ans	572 940	621 581	643 623	671 228	682 391
• de 60 à 64 ans bénéficiaires d'une allocation de conjoint	5 318	5 619	6 038	6 254	6 028
• de 65 ans ou plus	2 234	2 285	2 467	2 700	2 723
Autres programmes confiés	548 190	584 562	602 060	635 891	654 753
Autres personnes admissibles au régime (RPAM)	545 541	581 849	599 237	632 821	651 393
Gratuité des médicaments pour :					
• les infections transmissibles sexuellement	794	723	736	874	931
• la chimioprophylaxie et la tuberculose	391	373	341	353	429
• la contraception orale d'urgence	1 101	1 242	1 377	1 511	1 581
Achats de places dans les résidences privées d'hébergement	282	276	213	147	130
Transport des thérapies parentérales	81	99	156	185	289
Total	**2 638 305**	**2 864 694**	**3 002 840**	**3 171 834**	**3 213 404**

ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



RÉPARTITION DES COÛTS

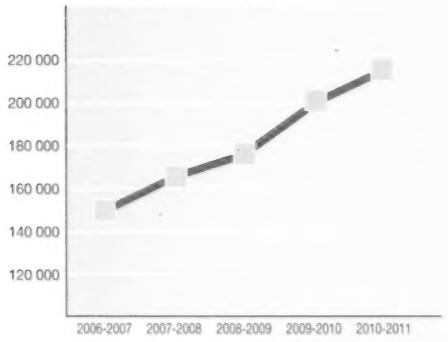


44. Le régime public d'assurance médicaments (RPAM) couvre les personnes âgées de 65 ans ou plus, les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes non admissibles à un régime privé d'assurance collective ou d'avantages sociaux. Les coûts sont assumés par le Fonds de l'assurance médicaments, qui est financé, d'une part, par les primes perçues auprès des adhérents adultes et des personnes de 65 ans ou plus (présentés sous la rubrique « Autres programmes confiés ») et, d'autre part, par le Fonds consolidé du revenu déterminé lors de l'allocation des crédits.

SERVICES HOSPITALIERS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Autres programmes confiés					
Services rendus hors du Québec à des résidents du Québec	118 926	130 182	146 159	161 143	175 640
Ontario	89 850	101 539	109 119	121 358	140 370
Nouveau-Brunswick	13 738	13 599	16 862	18 140	16 793
Autres provinces	8 643	7 988	9 595	8 132	8 613
États-Unis	5 178	5 684	8 548	11 528	7 875
Autres pays	1 517	1 372	2 035	1 985	1 989
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	32 923	36 839	32 716	40 615	42 342
Ontario	15 282	17 127	15 706	19 362	20 603
Nouveau-Brunswick	12 388	12 975	10 034	13 200	13 332
Terre-Neuve	838	1 009	1 404	1 393	1 066
Autres provinces	4 415	5 728	5 572	6 660	7 341
Total	**151 849**	**167 021**	**178 875**	**201 758**	**217 982**

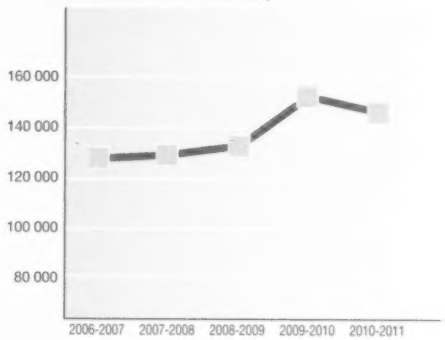
ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



AIDES TECHNIQUES
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Crédits d'assurance maladie					
Appareils suppléant à une déficience physique	84 072	81 668	85 428	93 736	93 020
Aides auditives	29 558	33 812	33 827	42 681	38 540
Appareils fournis aux stomisés permanents	7 544	7 461	8 449	9 399	8 807
Aides visuelles	4 640	4 462	5 019	5 348	5 131
Prothèses mammaires externes	1 491	1 447	1 647	1 732	1 561
Prothèses oculaires	362	342	356	396	373
Total	**127 667**	**129 192**	**134 726**	**153 292**	**147 432**

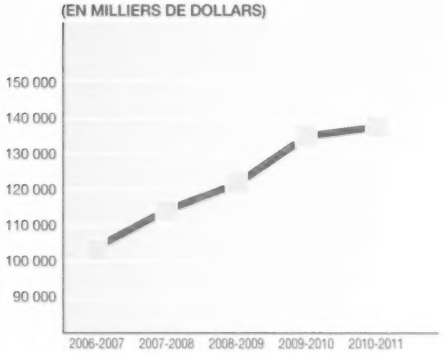
ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



SERVICES DENTAIRES
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Crédits d'assurance maladie	101 411	112 580	119 366	133 807	135 055
Personnes assurées	99 643	110 875	117 469	131 855	132 965
• Enfants (moins de 10 ans)	51 774	54 924	60 155	69 042	68 311
• Prestataires d'une aide financière de dernier recours (10 ans ou plus)	33 405	39 402	39 363	44 384	45 726
• Prothèses dentaires - Denturologistes	7 185	8 415	8 924	9 203	9 397
• Prothèses dentaires - Dentistes	1 629	1 768	1 568	1 510	1 810
• Chirurgie buccale	5 650	6 366	7 459	7 716	7 721
Mesures incitatives	1 768	1 705	1 897	1 952	2 090
Autre programme confié	2 410	2 418	2 518	2 888	2 793
Dentistes œuvrant dans une direction régionale de santé publique	2 410	2 418	2 518	2 888	2 793
Total	**103 821**	**114 998**	**121 884**	**136 695**	**137 848**

ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



SERVICES OPTOMÉTRIQUES
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Crédits d'assurance maladie					
Personnes assurées	33 940	37 718	38 266	42 242	41 018
Autre programme confié					
Personnes ayant une déficience visuelle	1 664	2 420	1 243	1 919	1 893
Total	**35 604**	**40 138**	**39 509**	**44 161**	**42 911**

ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

Coordonnées de la Régie

SITE INTERNET

www.ramq.gouv.qc.ca

ADRESSES DES BUREAUX

1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7

3e étage, bureau 300
425, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec) H3A 3G5

AUTRES COORDONNÉES

Pour les citoyens

Téléphone

Québec : 418 646-4636
Montréal : 514 864-3411
Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749

Appareil de télécommunication pour personnes sourdes (ATS)

Québec : 418 628-3939
Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939

Pour les professionnels de la santé

	Téléphone	Télécopieur
Québec	418 643-8210	418 646-9251
Montréal	514 873-3480	514 873-5951
Ailleurs au Québec, sans frais	1 800 463-4776	

Ligne Info Prof

Québec : 418 528-7763
Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 463-7763

Centre de support aux pharmaciens

	Téléphone	Télécopieur
Québec	418 643-9025	418 528-5655
Ailleurs au Québec, sans frais	1 888 883-7427	1 866 734-4418

Courriel

services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Régie de
l'assurance maladie
Québec